



**FORMULIR PENDAFTARAN P2KB
IKATAN DOKTER INDONESIA
CABANG JAKARTA UTARA**

Registration Form

Step 01 : Form Input Data Diri :

- Nama Lengkap :
- Tempat Lahir :
- Tanggal Lahir :
- Jenis Kelamin : Laki / Perempuan
- Alamat Sesuai Identitas :
(KTP / Paspor) :
.....
- Provinsi :
- Kota :
- No Telp Rumah :
- No Handphone :
- No Fax :

Identitas Member :

- User ID :
- E_mail :

Step 02 : Form Input Keterangan Pendidikan Terakhir :

- Asal Lulusan Fakultas Kedokteran :
- Tahun Lulus :
- Gelar Depan :
- Gelar Belakang :
- Jenis Kompetensi : Dokter Praktek Umum

Status Keanggotaan :

- Nomor Pokok Anggota IDI:
- IDI Wilayah :
- IDI Cabang :

Step 03 : Form Input Pendaftaran Program P2KB Online :

Periode tahun kegiatan Program P2KB akan disesuaikan dengan jangka waktu Surat

Tanda Registrasi yang berlaku

- Nomor STR :
- Tanggal Berlaku* (dd-mm-yyyy) :
- Tanggal Berakhir* (dd-mm-yyyy) :

Status Kepegawaian :

- Nomor Pegawai :
- Status Kepegawaian : TNI/POLRI/PNS/Pensiun/Swasta/BLU/BUMN
- Tempat Tugas/Instansi: Rumah Sakit / Lainnya
- Nama Rumah Sakit/tempat Praktek Lainnya :
- Alamat :
.....
.....
- Provinsi :
- Kota :
- No Telp :
- No Fax :
- No Ponsel :
- E_mail :

Step 04 : Tambah Data Tempat Kerja

Surat Izin Praktek I

- No SIP :
- No Rekomendasi IDI :
- Tempat tugas/Instansi : Rumah Sakit / Lainnya
- Alamat :
.....
.....
- Provinsi :
- Kota :
- No Telp :
- No Fax :
- E_mail :

Surat Izin Praktek II

- No SIP :
- No Rekomendasi IDI :
- Tempat tugas/Instansi : Rumah Sakit / Lainnya
- Alamat :
.....
.....
- Provinsi :
- Kota :
- No Telp :
- No Fax :
- E_mail :

Surat Izin Praktek III

- No SIP :
- No Rekomendasi IDI :
- Tempat tugas/Instansi : Rumah Sakit / Lainnya
- Alamat :
.....
.....
- Provinsi :
- Kota :
- No Telp :
- No Fax :
- E_mail :

Data ini saya buat dengan sebenar – benarnya, jika ada data yang tidak benar dikemudian hari saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bersama ini saya mendaftarkan diri untuk mengikuti program P2KB Dokter Praktek Umum.

Jakarta,

materai 10.000

(.....)

SURAT PERNYATAAN KEPATUHAN ETIKA PROFESI

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :
Tempat / tanggal lahir :
NPA IDI :
Asal IDI Cabang :
Alamat :
.....
.....

Berdasarkan Sumpah Dokter yang telah saya lafazkan, menyatakan akan mematuhi Etika Profesi Dokter Indonesia dan siap menjalani sanksi Etika jika saya melakukan pelanggaran.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jakarta,

materai 10.000

(.....)

Mengetahui,
Ketua IDI Cabang Jakarta Utara

(dr. Julius Anggada)
NPA IDI: 27985

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat Rumah :

Tempat/Tgl Lahir :

Status Pernikahan :

Telp / HP :

Email :

Anggota IDI :

No. NPA :

No. STR :

No. KTP :

No. SIP :

Menyatakan bersedia memenuhi persyaratan Resertifikasi STR selanjutnya/untuk 5 tahun yang akan datang, sesuai peraturan yang berlaku.

Jakarta,

(Dr.)