



# FORMULIR ANGGOTA IKATAN PROFESIONAL KESEHATAN INDONESIA (IPOKES INDONESIA)

Nomor  
Anggota

(diisi oleh petugas)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap (dengan gelar) : .....

Tempat, Tanggal Lahir : .....

Alamat Lengkap : .....

Telp/HP : .....

E-mail : .....

Pekerjaan : .....

di .....

Bersedia menjadi Anggota IPOKES Indonesia dengan melengkapi persyaratan sbb:

1. Melampirkan foto copy KTP atau Passport (warga asing) yang masih berlaku.
2. Melampirkan Curriculum Vitae secara lengkap
3. Membayar biaya keanggotaan sebesar Rp. 150.000,- untuk jangka waktu 3 tahun.

**Ke Rekening Bank BNI Cabang Jalan Perintis Kemerdekaan Bandung  
No. 717 717 4000 a.n K.Prihartono AH.**

Selanjutnya saya juga  Bersedia  Tidak Bersedia (beri tanda silang)

menjadi PENGURUS IPOKES INDONESIA di tingkat : (beri tanda silang)

- PUSAT
- WILAYAH (Provinsi)
- DAERAH (Kabupaten/Kota)

Demikian Formulir Anggota ini dibuat dengan sebaik-baiknya sebagai wujud tanggung jawab dan komitmen untuk bersama-sama membangun bangsa melalui Lembaga Profesi IPOKES Indonesia.

Petugas,

Yang Bersangkutan,

Keterangan :

1. Lembar ini dapat discan/difotocopy untuk rekan yang berminat menjadi anggota IPOKES Indonesia
2. Berkas persyaratan dapat dikirim via pos ke Sekretariat Pusat IPOKES Indonesia :  
Jl. Jend. Gatot Subroto 196 Bandung 40275 Jawa Barat - Indonesia atau melalui email ke : profesi\_indo@yahoo.co.id