



# IKATAN DOKTER INDONESIA

( THE INDONESIAN MEDICAL ASSOCIATION )

## CABANG TANGERANG

Komplek TU No.2, Jl. KH. Hasyim Ashari Buaran Indah – Tangerang 15119  
Telp : 021-55701190 Fax : 021-55701189 email : [idi\\_tangerang@yahoo.com](mailto:idi_tangerang@yahoo.com)

---

### FORMULIR PERMOHONAN SURAT KETERANGAN PINDAH ANGGOTA ( MUTASI )

Kepada  
Yth, Pengurus IDI Cabang Tangerang  
Di Tangerang

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : \_\_\_\_\_  
Tempat/ Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_  
Alamat Rumah : \_\_\_\_\_  
Telepon : \_\_\_\_\_  
NPA IDI / NPAC : 1602. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, Cabang Tangerang  
Pekerjaan / Jabatan : Dokter \_\_\_\_\_  
Jabatan dalam IDI : Anggota  
Alamat Tempat Tujuan : IDI Cabang \_\_\_\_\_

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa saat ini saya tidak sedang menjalani sanksi profesi atau sanksi hukum apapun.

Atas perhatian dan bantuannya, saya ucapkan terima kasih.



Tangerang, .....  
Pemohon

.....

Melampirkan Persyaratan :

**Fotocopi KTP 1 Lembar**

**Foto 2X3 1 Lembar**

**Kartu IDI Cabang dikembalikan jika masih ada**

Catatan

\*) : Coret yang tidak perlu