

[Workshop]

Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko Klinis



Jogja Plaza Hotel, Yogyakarta | 6-8 September 2012

Formulir Pendaftaran

[Identitas Calon Peserta]

Nama lengkap dengan gelar : _____

Profesi (beri tanda *) : Dokter Manajer Rumah Sakit Perawat Pendidik

No. Telepon genggam (HP) : _____

Alamat surel (E-mail) : _____

Jenis kelamin (beri tanda *) : Pria Wanita

[Institusi Calon Peserta]

Nama institusi : _____

Alamat institusi : _____

Laman web (website) : _____

Alamat surel (E-mail) : _____

No. Telp. : _____ No. Fax. : _____

[Data Dinas Kesehatan] (Khusus calon peserta yang dikoordinasi oleh dinas kesehatan)

Nama Dinas Kesehatan : _____

Alamat Dinas Kesehatan : _____

Nama contact person : _____

No. Telp. : _____ No. Fax. : _____

[Catatan]

1. Biaya workshop adalah Rp 3.000.000,- ditransfer ke CIMB Niaga a.n. Rumah Sakit Panti Rapih no. 0190100023177. Biaya transfer mohon tidak dibebankan pada panitia.
2. Formulir yang telah diisi lengkap bersama dengan bukti transfer difax ke (0274) 564583. Setelah formulir difax, mohon menghubungi contact person kami Sdri. Septi (0274) 514845 Ext. 347 atau (0274) 6655064 (Senin – Sabtu pukul 09.00 – 13.00 WIB). Peserta resmi terdaftar setelah kami menerima bukti transfer. Panitia mohon maaf karena tidak menerima pembayaran on-site saat acara workshop.
3. Formulir ini dapat difotokopi sendiri sesuai keperluan. Mohon mengisi formulir dengan huruf cetak.