

Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko Klinis "Formulir Pendaftaran"

Identitas Calon Peserta		
Nama lengkap dengan gelar	:	
Profesi (beri tanda √)	: <input type="checkbox"/> Dokter	<input type="checkbox"/> Manajer Rumah Sakit
	<input type="checkbox"/> Perawat	<input type="checkbox"/> Pendidik
No. Telpon genggam (HP)	:	
Alamat surel (E-mail)	:	
Jenis kelamin	:	
Institusi Calon Peserta		
Nama institusi	:	
Alamat institusi	:	
Laman web (website)	:	
Alamat surel (E-mail)	:	
No. Telp. & No. Fax.	: Telp.	Fax.
Data Dinas Kesehatan (Khusus calon peserta yang dikoordinasi oleh dinas kesehatan)		
Nama Dinas Kesehatan	:	
Alamat Dinas Kesehatan	:	
Nama <i>contact person</i>	:	
No. Telp. & No. Fax.	: Telp.	Fax.

Catatan:

1. Biaya *workshop* adalah Rp 2.750.000,00 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 jam 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 difoto kopi sendiri sesuai keperluan. Mohon mengisi formulir dengan huruf cetak.