SURAT PERNYATAAN BERSEDIA PINDAH KEANGGOTAAN IDI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap	:
Tempat, Tanggal Lahir	:
NPA IDI	:
Asal Cabang IDI	:
Alamat sesuai KTP	:
No. HP	:

Dengan ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa :

1. Apabila saya dinyatakan DITERIMA sebagai Mahasiswa Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) Patologi Klinik (PK) di Universitas Muhammadiyah Surabaya, maka saya bersedia dan sanggup untuk memindahkan keanggotaan IDI saya dari IDI Cabang Asal ke IDI Cabang Sidoarjo.
2. Saya bersedia mengurus seluruh proses administrasi mutasi keanggotaan tersebut sesuai dengan ketentuan dan prosedur yang berlaku di Ikatan Dokter Indonesia (IDI) segera setelah perkuliahan dimulai atau sesuai dengan lini masa yang ditetapkan.
3. Selama masa pendidikan PPDS Patologi Klinik, saya bersedia mematuhi segala peraturan organisasi, kode etik kedokteran, serta ketentuan yang berlaku di IDI Cabang Sidoarjo.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan kesadaran penuh, tanpa paksaan dari pihak mana pun, dan untuk digunakan sebagaimana mestinya sebagai salah satu syarat administrasi PPDS Patologi Klinik.

_____,_____

Yang membuat pernyataan,

(Materai Rp10.000)

(_____)