



FORM PENDAFTARAN ANGGOTA HKKI

CABANG *

NAMA :

ALAMAT :

.....

.....

TEMPAT & TANGGAL LAHIR :,

PENDIDIKAN TERAKHIR :

INSTITUSI/PEKERJAAN ** :

.....

ALAMAT EMAIL :

TELP/HP :/

MENYATAKAN BERGABUNG SEBAGAI ANGGOTA HIMPUNAN KIMIA KLINIK
INDONESIA (HKKI).

.....,

(.....)

Nama jelas & tanda tangan

Note:

(*) Cabang HKKI: Jakarta, Surabaya, Bandung, Denpasar, Manado, Padang, Malang, Makasar, Yogyakarta.

(**) Mohon diisi selengkap-lengkapny