



Formulir pendaftaran keanggotaan KHS elektronik

1. NAMA :

2. LAKI-LAKI/PEREMPUAN : L P

3. TEMPAT/TANGGAL LAHIR :
Tgl Bln Thn

4. ALAMAT RUMAH :
 Kota
Kode Pos Telepon
Kode Area

5. ALAMAT KANTOR :
 Kota
Kode Pos Telepon
Kode Area

6. Berapa dana yang anda belanjakan untuk obat dalam satu bulan :
 < RP. 1.000.000,- RP. 1.000.000,- s/d Rp. 2.500.000,- > Rp. 2.500.000,-

7. Obat yang sedang dikonsumsi :

NORVASK (tablet 5 & 10 mg) ACCUPRIL (tablet 5, 10 & 20 mg) LIPITOR (tablet 10, 20, 40 mg)
 GLUCOTRL XL (tablet 5 & 10 mg) XALATAN AROMASIN Obat Lainnya

8. Dari manakah pertama kali anda tahu tentang KHS :

Dokter Simposium Teman TV Lainnya

Tanggal :
Tgl Bln Tahun

Tanda Tangan Pasien

Pendaftaran atas sepengetahuan Dokter :	
Nama Dokter	<input type="text"/>
Alamat Praktek Dokter	<input type="text"/>
No. Telp. Dokter	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Tanda Tangan dan Stempel Dokter