

SPONSORSHIP EVENT

ID MD : 13160
NAMA MD : TITIN
ID FF / RAYON / AREA : 3121200110/3121200102BANDUNG BARAT JAWA BARAT 1
REGION / DIVISI : 3/JUPITER

JENIS SPONSOR : EVENT

DETAIL AJUAN SPONSOR

ALLOWANCE

(Harap diketik menggunakan huruf KAPITAL)

VALUE :
NO REKENING :
NAMA PEMILIK :
NAMA BANK / KCP / KOTA :
KETERANGAN ** :
(*Wajib di isi jika nama pemilik rekening tidak sama dengan nama MD)

REGISTRASI EVENT

(untuk peserta > 4 orang dapat mengisi form Registrasi Grup Dokter)

NAMA EVENT / LOKASI / TGL : ECNP/GERMAN/08-20 OKTOBER 2026
NAMA LENGKAP PESERTA (dengan gelar) :
(Wajib mengisi No Hp/WhatsApp dan Alamat Email yang masih aktif)

1. dr. Titin, Sp.KJ NO HP/EMAIL : 081296012417/arinku.maniz@gmail.com
2. NO HP/EMAIL :
3. NO HP/EMAIL :
4. NO HP/EMAIL :

JENIS REGISTRASI YG DI IKUTI :
(Wajib mengisi judul WS jika memilih Registrasi WS)

1. PAKET TOUR JUDUL WS
2. JUDUL WS
3. JUDUL WS
4. JUDUL WS

BIAYA REGISTRASI (IDR) :
(mohon isi biaya Registrasi setiap peserta sesuai nomer urut)

1. 85.600.000
2.
3.
4.

TOTAL BIAYA ACARA (IDR) :

85.600.000

KETERANGAN :

AKOMODASI

NAMA HOTEL / KOTA / LOKASI :
TGL CHECK IN (dd-mmm-yy) :
TGL CHECK OUT (dd-mmm-yy) :
LAMA MENGINAP : 0 malam
JUMLAH KAMAR : kamar
TYPE KAMAR / BED :
BIAYA PER MALAM (IDR) :

TOTAL BIAYA HOTEL (IDR) :

0

KETERANGAN :

TIKET TRANSPORTASI

(WAJIB melampirkan fotocopy identitas yang di pilih)

IDENTITAS YANG DILAMPIRKAN : KTP
JUMLAH PENUMPANG : ORANG

SPONSORSHIP EVENT

NAMA LENGKAP PENUMPANG
(Wajib di isi nama lengkap sesuai identitas)

1. _____ JENIS KELAMIN _____
2. _____ JENIS KELAMIN _____
3. _____ JENIS KELAMIN _____
4. _____ JENIS KELAMIN _____

NO HP PENUMPANG (no whatsapps)

: _____ (Wajib di isi)

NAMA TRANSPORTASI (BERANGKAT)

: _____

TGL KEBERANGKATAN (dd-mmm-yy)

: _____ JAM : _____

RUTE KEBERANGKATAN

: _____ KE _____

BIAYA TIKET PER ORANG (IDR)

: _____

NAMA TRANSPORTASI (PULANG)

: _____

TGL KEPULANGAN (dd-mmm-yy)

: _____ JAM : _____

RUTE KEPULANGAN

: _____ KE CGK

BIAYA TIKET PER ORANG (IDR)

: _____

TOTAL BIAYA TIKET (IDR)

: 0

KETERANGAN

: _____

RENTAL MOBIL

(WAJB melampirkan form rental mobil)

MERK / JENIS / TYPE MOBIL

: INNOVA

TANGGAL PENGGUNAAN MOBIL

: 08 DAN 20 OKTOBER 2026

JUMLAH PENGGUNAAN

: 2 HARI BIAYA RENTAL / HARI (IDR) 1500000

TOTAL BIAYA RENTAL (IDR)

: 3.000.000

KETERANGAN

: UNTUK PENGANTARAN DAN PENJEMPUTAN BANDUNG-JAKARTA PP


1


2


3


4

FORM RENTAL MOBIL

JENIS PENGGUNAAN : MOBIL RENTAL
 AREA YG MENGAJUKAN : Jawa Barat I
 REGION / DIVISI : Region 3/Jupiter
 ID MD : 13160 (Wajib di isi)
 NAMA MD / CUSTOMER : DR. TITIN Sp.KJ
 NO HP (no whatsapps) : 081296012417 (Wajib di isi)
 INSTANSI / TMPT PRAKTEK : RS. Cibabat
 MERK / JENIS / TYPE MOBIL : Innova (Wajib di isi)
 JUMLAH MOBIL : 1 unit JUMLAH PENUMPANG 1 Orang
 KOTA/ TEMPAT PENGGUNAAN : Bandung-Jakarta PP (Wajib di isi)
 TANGGAL PENGGUNAAN : 08 DAN 20 OKTOBER 2026 (Wajib di isi)
 JUMLAH HARI PENGGUNAAN : 2 HARI (Wajib di isi)
 KETERANGAN : Untuk Antar Jemput Bandung-Jakarta PP

DATA SALES 3 BULAN TERAKHIR

BULAN/ TAHUN	DATA SALES**
Feb-26	29.904.946
Mar-26	22.665.510
Apr-26	32.243.600
TOTAL	84.814.056

** Wajib di isi jika menggunakan mobil inventaris

KEBERANGKATAN

TANGGAL	NAMA MASKAPAI	FLIGHT NO / NAMA KA*)	KOTA ASAL	JAM BRNGKT	KOTA TUJUAN	JAM TIBA
08-Oct-26			BANDUNG		JAKARTA	

KEPULANGAN

TANGGAL	NAMA MASKAPAI	FLIGHT NO / NAMA KA*)	ASAL	JAM BRNGKT	TUJUAN	JAM TIBA
20-Oct-26			JAKARTA		BANDUNG	

RINCIAN PENGGUNAAN *)

HARI	TANGGAL	JAM	DARI *)	KE *)
KAMIS	08-Oct-26	3:00	BANDUNG	JAKARTA
SELASA	20-Oct-26	21:00	JAKARTA	BANDUNG

*) Wajib di isi dengan lengkap dan detail

Yang mengajukan,



RSM

Tgl :

Mengetahui,



MM

Tgl :

PROVINSI JAWA BARAT
KABUPATEN BANDUNG BARAT

NIK : 3217025112730008

Nama : TITIN
Tempat/Tgl Lahir : PADANG LUAR AGAM, 11-12-1973
Jenis Kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah : A
Alamat : KOMP CIHANJUANG INDAH
BLOK A NO 7
RT/RW : 006/001
Kel/Desa : CIHANJUANG
Kecamatan : PARONGPONG
Agama : ISLAM
Status Perkawinan : KAWIN
Pekerjaan : PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS)
Kewarganegaraan : WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



BANDUNG BARAT
14-02-2020



KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA
INDONESIAN MEDICAL COUNCIL

SURAT TANDA REGISTRASI DOKTER
REGISTRATION CERTIFICATE OF MEDICAL DOCTOR

Nomor Registrasi
Registration Number

3	2	2	1	6	0	1	4	1	9	0	4	6	0	4	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nama
Name

TITIN

Tempat/Tanggal Lahir
Place / Date of Birth

Padang Luar Agam, 11-12-1973

Jenis Kelamin
Sex

Perempuan

Kualifikasi
Qualification

Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa

Tanggal Lulus
Date of Graduation

02-05-2014

Perguruan Tinggi
University

Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran

Berlaku
Valid

Sampai dengan 11-12-2024



Jakarta, 02-09-2019
KETUA KONSIL KEDOKTERAN
Chairman of Medical Council / Registrar

Dr. dr. Meliana Rajani MARS

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik