

INFORMASI SPONSORSHIP

ID MD : 16404

NAMA MD : dr. DEASY HENDRIATI., M.Ked., Sp.KJ

ID FF / RAYON / AREA : 3110100105/311010011(: GATSU - PADANG BULAI MEDAN

REGION / DIVISI : REGIONAL I/ JUPITER

JENIS SPONSOR : EVENT

DETAIL AJUAN SPONSOR

ALLOWANCE

(Harap diketik menggunakan huruf KAPITAL)

VALUE : 9,500,000

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 :

PIT PDSKJI 2026

NAMA LENGKAP PESERTA (dengan gelar)

(Wajib mengisi No Hp/WhatsApp dan Alamat Email yang masih aktif)

1. dr. DEASY HENDRIATI., M.Ked., Sp.KJ NO HP/EMAIL : deasyhendriati@gmail.com/08127265029

2. NO HP/EMAIL :

3. NO HP/EMAIL :

4. NO HP/EMAIL :

JENIS REGISTRASI YG DI IKUTI

(Wajib mengisi judul WS jika ada Registrasi WS)

1. SYMPO + 1 WS 12 JUDUL WS MENYUSUL

2. JUDUL WS

3. JUDUL WS

4. JUDUL WS

BIAYA REGISTRASI (IDR)

(isi biaya Registrasi setiap peserta sesuai nomer urut)

1. 5,500,000

2.

3.

4.

TOTAL BIAYA ACARA (IDR)

: 5,500,000 ✓

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)

INFORMASI SPONSORSHIP

(Wajib di isi nama lengkap sesuai identitas)

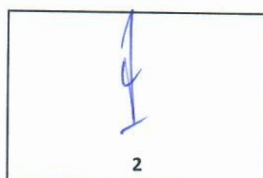
2.	_____	JENIS KELAMIN	_____
3.	_____	JENIS KELAMIN	_____
4.	_____	JENIS KELAMIN	_____
:	(Wajib di isi)		
NO HP PENUMPANG (no whatsapps)	_____		
NAMA TRANSPORTASI (BERANGKAT)	_____		
TGL KEBERANGKATAN (dd-mmm-yy)	_____	JAM	_____
RUTE KEBERANGKATAN	_____ KE _____		
BIAYA TIKET PER ORANG (IDR)	_____		
NAMA TRANSPORTASI (PULANG)	_____		
TGL KEPULANGAN (dd-mmm-yy)	_____	JAM	_____
RUTE KEPULANGAN	_____ KE _____		
BIAYA TIKET PER ORANG (IDR)	_____		
TOTAL BIAYA TIKET (IDR)	_____		
KETERANGAN	_____		

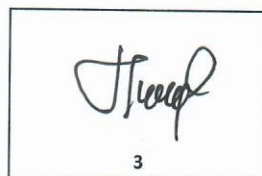
RENTAL MOBIL

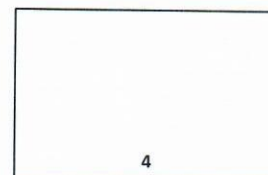
(WAJB melampirkan form rental mobil)

MERK / JENIS / TYPE MOBIL	:	INNOVA		
TANGGAL PENGGUNAAN MOBIL	:	10-13 SEPTEMBER 2026		
KOTA / TEMPAT PENGGUNAAN MOBIL	:	BATAM		
JUMLAH PENGGUNAAN	:	4	HARI	BIAYA RENTAL / HARI (IDR) 1000000
TOTAL BIAYA RENTAL (IDR)	:	4,000,000	✓	_____
KETERANGAN	:	_____		


1 DESI


2


3


4

TGL : 26/9 2026

SPONSORSHIP RENTAL

ID MD : 16404
 NAMA MD : dr. DEASY HENDRIATI., M.Ked., Sp.KJ
 ID FF / RAYON / AREA : 3110100105/3110100111 : GATSU - PADANG BULAI MEDAN
 REGION / DIVISI : REGIONAL I/ JUPITER

JENIS SPONSOR : EVENT

RENTAL MOBIL

(WAJB melampirkan form rental mobil)

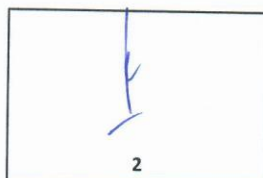
MERK / JENIS / TYPE MOBIL : INNOVA
 TANGGAL PENGGUNAAN MOBIL : 10-13 SEPTEMBER 2026
 KOTA / TEMPAT PENGGUNAAN MOBIL : BATAM
 JUMLAH PENGGUNAAN : 4 HARI BIAYA per HARI (IDR) 1000000
TOTAL BIAYA RENTAL (IDR) : 4,000,000
 KETERANGAN :

REKOMENDASI VENDOR RENTAL MOBIL

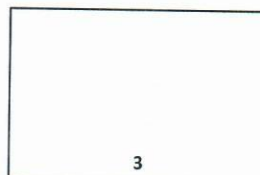
NAMA VENDOR :
 ALAMAT LENGKAP :
 NO TELP / HP :
 CONTACT PERSON :
 ALAMAT EMAIL :
 KETERANGAN :

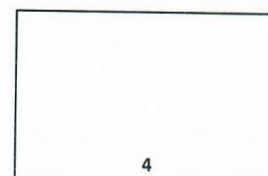

 1 Deci

TGL : 29/4 2026


 2

28/5/26


 3


 4

FORM RENTAL MOBIL

JENIS PENGGUNAAN : MOBIL RENTAL

AREA YG MENGAJUKAN : MEDAN

REGION / DIVISI : R 1/JUPITER

ID MD : 16404 (Wajib di isi)

NAMA MD / CUSTOMER : DR.DEASY HENDRIATI

NO HP (no whatsapps) : 08127265029 (Wajib di isi)

INSTANSI / TMPT PRAKTEK : RS DJOELHAM

MERK / JENIS / TYPE MOBIL : INNOVA (Wajib di isi)

JUMLAH MOBIL : 1 unit JUMLAH PENUMPANG 1 Orang

KOTA/ TEMPAT PENGGUNAAN : BATAM (Wajib di isi)

TANGGAL PENGGUNAAN : 10-13 SEPTEMBER 2026 (Wajib di isi)

JUMAH HARI PENGGUNAAN : 4 HARI (Wajib di isi)

KETERANGAN :

DATA SALES 3 BULAN TERAKHIR

BULAN/ TAHUN	DATA SALES**
May-23	
Jun-23	
Jul-23	
TOTAL	-

** Wajib di isi jika menggunakan mobil inventaris

KEBERANGKATAN

TANGGAL	NAMA MASKAPAI	FLIGHT NO / NAMA KA*)	KOTA ASAL	JAM BRNGKT	KOTA TUJUAN	JAM TIBA

KEPULANGAN

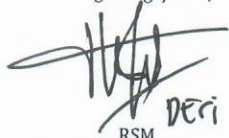
TANGGAL	NAMA MASKAPAI	FLIGHT NO / NAMA KA*)	ASAL	JAM BRNGKT	TUJUAN	JAM TIBA

RINCIAN PENGGUNAAN *)

HARI	TANGGAL	JAM	DARI *)	KE *)
KAMIS	10-Sep-26	08.00	BATAM	HOTEL
JUMAT	11-Sep-26	09.00	HOTEL	SEKITAR BATAM
SABTU	12-Sep-26	09.00	HOTEL	SEKITAR BATAM
MINGGU	13-Sep-26	09.00	HOTEL	BANDARA BATAM

*) Wajib di isi dengan lengkap dan detail

Yang mengajukan,


RSM

Tgl: 29/9 2026

Mengetahui,


MM

Tgl: 28/5 26

PROVINSI SUMATERA UTARA
KOTA BINJAI

NIK : 1275054209760003

Nama : dr. DEASY HENDRIATI
Tempat/Tgl Lahir : LAHAT, 02-09-1976
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol Darah AB
Alamat : JLN T IMAM BONJOL NO. 196
LK. III
RT/RW : 000/000
Kel/Desa : RAMBUNG TIMUR
Kecamatan : BINJAI SELATAN
Agama : ISLAM
Status Perkawinan : KAWIN
Pekerjaan : PEGAWAI NEGERI SIPIL
(PNS)
Kewarganegaraan : WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



KOTA BINJAI
08-01-2018

De

KEMENTERIAN KEUANGAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PAJAK

NPWP : 67.556.285.4-119.000

DEASY HENDRIATI

JL. T. IMAM BONJOL NO. 196 LK. III
RAMBUNG TIMUR - BINJAI SELATAN
BINJAI

TERDAFTAR : 04-02-2013

119



KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA
INDONESIAN MEDICAL COUNCIL
SURAT TANDA REGISTRASI DOKTER
REGISTRATION CERTIFICATE OF MEDICAL DOCTOR

Nomor Registrasi : FQ00000541953712
Registration Number
Nama : DEASY HENDRIATI
Name
Tempat/Tanggal Lahir : Lahat, 02-09-1976
Place / Date Of Birth
Jenis Kelamin : Perempuan
Sex
Kualifikasi : Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa
Qualification
Tanggal Lulus : 24-07-2019
Date Of Graduation
Perguruan Tinggi : Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara
University
Berlaku : Seumur Hidup
Valid



Jakarta, 19-01-2024
KETUA KONSIL KEDOKTERAN
Chairman of Medical Council / Registrar

dr. Pattiselanno Roberth Johan, MARS

Dr. Pattiselanno Roberth Johan, MARS
Dokumen ini telah disandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik