



PENGURUS BESAR
IKATAN DOKTER INDONESIA
THE INDONESIAN MEDICAL ASSOCIATION
CENTRAL EXECUTIVE BOARD

Jl. Dr. G.S.S.Y Ratulangie No. 29 Jakarta 10350 Telp 021-3150679 – 3900277 Fax : 3900473
Email : pbidi@idionline.org - Website : www.idionline.org

Jakarta, 6 Nopember 2018

Nomor : 00042/PB/A.3/11/2018
Lampiran : 1 (satu)
Perihal : Form Survey Waktu Pelayanan Dokter

Yang terhormat,

1. **Segenap Ketua IDI Wilayah**
2. **Segenap Ketua IDI Cabang**
3. **Segenap Ketua Perhimpunan (PDPP, PDSp dan PDSm)**

Di
T e m p a t

Dengan hormat,

Bersama ini kami sampaikan bahwa IDI Bersama seluruh jajaran IDI senantiasa memperjuangkan dan mengadvokasi kebijakan terkait Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan mengedepankan keadilan bagi profesi dokter dan kepentingan masyarakat.

Terkait dengan hal tersebut di atas, PB IDI melakukan survey kepada seluruh dokter yang dapat mengakses form Survey Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik sebagai berikut, dimana isian form terkait dengan:

1. Alamat Email
2. NIP IDI
3. Jenis Kompetensi Dokter
4. Lamanya Pemeriksaan Pasien di Poliklinik
5. Pilih jumlah jam praktik perhari
6. Kota atau Kabupaten tempat berpraktik
7. Provinsi tempat berpraktik
8. THP atau Jasa medis per bulan yang diharapkan
9. THP atau Jasa medis per bulan yang diterima saat ini

Demikian kami sampaikan untuk dapat di tindaklanjuti dan di sampaikan kepada anggota yang berada di wilayah Sejawat

Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih

Ketua Umum,



Daeng M. Faqih, SH, MH
NPA. IDI : 44.016

Lampiran: Tata cara pengisian Form

1. Klik link berikut: <https://goo.gl/Tpn1aE>
2. Isi alamat email yang di miliki oleh teman sejawat
3. No NPA IDI sejawat
4. Pilih jenis kompetensi sejawat, apabila tidak ada dalam pilihan, dapat mengisi dengan klik Other, kemudian isi jenis kompetensi yang tidak ada di pilihan
5. Pilih lamanya pemeriksaan pasien oleh sejawat
6. Pilih jumlah jam praktik perhari
7. Ketik nama Kota atau Kabupaten tempat sejawat berpraktik
8. Ketik nama Propinsi tempat sejawat berpraktik
9. Tuliskan besar nilai *take home pay* atau jasa medis sejawat yang di harapkan setiap bulan (tanpa: Rp, Titik atau koma)
10. Tuliskan besar nilai *take home pay* atau jasa medis sejawat yang di terima saat ini (tanpa: Rp, Titik atau koma)