



FORMULIR PENDAFTARAN ANGGOTA
JEJARING NASIONAL RUMAH SAKIT YANG MEMPROMOSIKAN KESEHATAN
INDONESIAN HEALTH PROMOTING HOSPITAL NETWORK (IHPHNet)

Nama Rumah Sakit/ Institusi Pelayanan Kesehatan	:	
Alamat	:	
Nomor Telp	:	
Fax	:	
Email	:	
Website	:	
<hr/>		
Nama Direktur /Pimpinan RS	:	
Nomor Telp/ Hp	:	
Email	:	
<hr/>		
Nama Koordinator HPH	:	
Nomor Telp/ Hp	:	
Email	:	
Mohon didaftarkan sebagai anggota <i>Indonesian Health Promoting Hospital Network (IHPHNet)</i> yang <i>dengan</i> ini kami deklarasikan komitmen kami mengembangkan aktifitas promosi kesehatan di institusi kami.		
HAK ANGGOTA		
1. Mendapatkan informasi terkini tentang HPH secara berkala 2. Dilibatkan dalam kegiatan HPH bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan dan WHO 1. Mendapatkan diskon setiap kegiatan HPH yang berbayar		
KEWAJIBAN ANGGOTA		
1. Berkomitmen mengimplementasikan strategi, kebijakan dan aktivitas promosi kesehatan sebagaimana tercantum dalam standar HPH – WHO. 2. Berkomitmen dalam pengembangan promosi kesehatan klinis (<i>clinical health promotion</i>) melalui <i>research and best practice</i> 3. Sharing pengalaman tentang upaya pelaksanaan promosi kesehatan klinis 4. Membayar biaya keanggotaan 500.000/ tahun		
	, (tanggal Bulan Tahun) Direktur/Pimpinan..... -----