



**PERSATUAN IKTISAD HOMEOPATHY MALAYSIA
(MALAYSIAN HOMEOPATHIC PRACTITIONERS ASSOCIATION)
(P O L Y C R E S T)**

**NO. 2 – 1 B, JALAN SEMARAK OFF JALAN TUN RAZAK,
54100 KUALA LUMPUR, MALAYSIA.
TEL/FAX : 603-2691 5455 TEL 24 JAM : 012-2019137
LAMAM WEB : <http://www.homeopathymalaysia.com>
EMAIL : enquiry@homeopathymalaysia.com**

**BORANG KEAHLIAN
(MEMBERSHIP FORM)**

Sila tulis dengan huruf besar
(Please write in block letters)

Sila sertakan 3 keping gambar warna berukuran passport
(Please enclosed 3 pcs passport size coloured photograph)



Saya ingin mendaftar sebagai
(I wish to enroll as)

* **Ahli Penuh** RM 100.00 – Yuran Pendaftaran (*Registration Fee*)
(Full Members) RM 150.00 – Yuran Tahunan (*Annual Fee*)

* Seorang yang mempunyai kelulusan dalam bidang Homeopathy secara sah yang diakui oleh mana-mana institusi Homeopathy yang berdaftar dan ianya juga mestilah seorang pengamal Homeopathy di klinik Homeopathy yang berdaftar.

* **Ahli Bersekutu** RM 100.00 – Yuran Pendaftaran (*Registration Fee*)
(Associate Members) RM 70.00 – Yuran Tahunan (*Annual Fee*)

* Ahli yang mempunyai kelulusan dalam bidang Homeopathy atau mempunyai kelulusan tersebut tetapi tidak mengamalkan Homeopathy dengan sepenuh masa di klinik Homeopathy yang berdaftar.

Nama Penuh Full Name	<input type="text"/>	No. K/Pengenalan I/C No.	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------	-----------------------------	----------------------

Tarikh Lahir Date Of Birth	<input type="text"/>	Jantina : Sex	Lelaki Male	<input type="checkbox"/>	Perempuan Female	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	----------------------	------------------	----------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

Agama Religion	<input type="text"/>	Keturunan : Race	Melayu Malay	<input type="checkbox"/>	Cina Chinese	<input type="checkbox"/>	India Indian	<input type="checkbox"/>	Lain-lain Others	<input type="checkbox"/>
-------------------	----------------------	---------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

Alamat Rumah/Pejabat/Klinik Home/Office/Clinic's Address	<input type="text"/>
---	----------------------

Poskod Postcode	<input type="text"/>	Bandar Town	<input type="text"/>	Negeri State	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	----------------	----------------------	-----------------	----------------------

Pekerjaan Occupation	<input type="text"/>	Tel Pejabat Office Tel No.	<input type="text"/>	Tel Rumah House Tel No	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------	---------------------------	----------------------

Tel Bimbit Handphone	<input type="text"/>	Faks Fax	<input type="text"/>	Emel Email	<input type="text"/>	Laman Web Website	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------	-------------	----------------------	---------------	----------------------	----------------------	----------------------

Alamat S/Menyurat Mailing Address	<input type="text"/>
--------------------------------------	----------------------

Poskod Postcode	<input type="text"/>	Bandar Town	<input type="text"/>	Negeri State	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	----------------	----------------------	-----------------	----------------------

Kelulusan : SPM, STPM, DIPLOMA, IJAZAH
Qualification : MCE, STPM, DIPLOMA, DEGREE
(Sertakan Salinan Sijil / Enclose Copy of Certificate)

Sijil / Diploma / Pengijazahan Certificate / Diploma / Degree	Tahun / Year	Institusi / Institution

Nyatakan Sebab-sebab Anda Ingin Menjadi Ahli POLYCREST
Reason To Become POLYCREST Members

Nyatakan Pengalaman Anda Dengan Perubatan Homeopathy
Experience With Homeopathic Medicine

RAWATAN HOMEOPATHY YANG PERNAH DIJALANI (JIKA ADA – NYATAKAN PENYAKIT DAN TEMPOH PERUBATAN)

SEBAGAI PENGAMAL / PERUNDING HOMEOPATHY (JIKA ADA – NYATAKAN TEMPAT DAN TEMPOH AMALAN)

TEMPOH AMALAN	TEMPAT AMALAN

Sila nyatakan maklumat pasangan / waris terdekat anda

Please write your spouse's / heir's information

Nama
Name

No. Kad Pengenalan
I.C No.

Alamat
Address

Perhubungan
Relationship

PENGAKUAN

OATH

Saya mengaku akan berusaha untuk menyebarkan dan meninggikan lagi taraf perubatan Homeopathy dan tidak mencampuradukkan dengan amalan yang lain. Saya akan taat setia untuk menurut peraturan persatuan ini. Saya juga akan menjelaskan yuran keahlian sebulan sebelum tamat tempoh keahlian. Saya mengaku bahawa semua keterangan yang diberikan adalah benar. Saya juga mengaku tidak menyertai mana-mana persatuan Homeopathy lain semasa pendaftaran ini. Jika saya mengingkari pengakuan saya ini, secara automatik keahlian saya digugurkan.

I hereby promised to popularize and upgrade the standard of Homeopathy and not to mixed with other types of medical treatment during my practice and to obey rules and regulation set by the association. I promised to renew my membership one month before expired. The information that I have given above is certified true by me and I'm free from others Homeopathic association. My membership can be strip off automatically, if I denied the above oath.

Tandatangan Pemohon
Signature of Applicant

Tarikh
Date

**UNTUK URUSAN PEJABAT
FOR OFFICE USE**

Tarikh Terima
Date Received

Permohonan Diluluskan / Tidak Diluluskan
Application Approved / Not Approved

Permohonan Disahkan Oleh Dua Orang AJK Persatuan
Application Approved By Two of Organization Committee Members

Tandatangan AJK Pertama
First Committee Member Signature

Nama AJK
Committee Member's Name

Jawatan Dalam Polycrest
Position In Polycrest

Tandatangan AJK Kedua
Second Committee Member Signature

Nama AJK
Committee Member's Name

Jawatan Dalam Polycrest
Position In Polycrest

Diterima Oleh Jawatan Dalam Polycrest
Received By Position In Polycrest

NO. KEAHLIAN MEMBERSHIP NO.	
JENIS KEAHLIAN TYPE OF MEMBERSHIP	

**PEMBAYARAN
PAYMENT**

Yuran Pendaftaran : RM
Registration Fee

Yuran Tahunan : RM
Annual Fee

No. Resit
Receipt No