

# Formulir Pendaftaran

Nama Lengkap: \_\_\_\_\_

Alamat Rumah: \_\_\_\_\_

No Telp : \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Hp : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Organisasi : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

No Telp : \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Hp : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Apakah anda :

- Orang Tua       Terapis  
 Guru             Lainnya

Pembayaran Via :

- Cash               Transfer

Cara Pembayaran:

- a. Transfer : BCA KCP Sejati Mulia Jakarta, No Rek : 554-030-4418  
a.n : PT Sarana Daya Autisma  
Bukti Transfer dan Formulir pendaftaran di Fax ke 021-**7828906** dan di  
konfirmasi ke no Telp 021-**7827980**
- b. Langsung ke Sarana (Pusat Terapi Terpadu) Graha Simatupang ,Tower II  
Blok A&D Lantai 3 Jl. TB Simatupang Kav 38 Jakarta 12540.

Tempat terbatas Pendaftaran paling lambat sabtu 8 November 2008.