**FORM KESEPAKATAN KEMITRAAN**

CoP Anti Fraud Layanan Kesehatan

[lokasi], [tanggal] [nama bulan] [tahun]

Kami yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

No. Hp dan Email :

Divisi/ Bagian :

Institusi :

Fokus Kegiatan Institusi:

Menyatakan bersedia untuk menjadi mitra PKMK FK UGM selaku pengelola CoP Anti Fraud Layanan Kesehatan. Sebagai mitra kami berkewajiban untuk berbagi: materi edukasi/ hasil penelitian/ hasil pengalaman lapangan/ kebijakan\* yang kami miliki kepada seluruh peserta CoP Anti Fraud Layanan Kesehatan. Materi ini kami ijinkan untuk dipergunakan secara luas dan cuma-cuma untuk keperluan pendidikan dalam kegiatan di CoP Anti Fraud Layanan Kesehatan.

Dalam kemitraan ini, kami berhak untuk mendapat fasilitas dari pengelola CoP Anti Fraud Layanan Kesehatan sebagai berikut:

1. Mendapat materi edukasi anti fraud layanan kesehatan dari sumber-sumber open access.
2. Mendapat akses materi dari seminar-seminar anti fraud layanan kesehatan gratis baik dari dalam maupun luar negeri.
3. Mendapat akses materi lengkap (termasuk notulensi dan rekaman video (bila ada)) dari seminar-seminar anti fraud layanan kesehatan berbayar.
4. Mendapat diskon 10% untuk seminar-seminar berbayar terkait fraud layanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pengelola CoP Anti Fraud Layanan Kesehatan.

Demikian pernyataan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Hormat Kami,  [nama lengkap]  [tanda tangan] |