



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN
UPTD. PUSKESMAS KARANG ASAM

Jalan Slamet Riadi No.87 Kecamatan Sungai Kunjang Kota Samarinda, Kalimantan Timur 75243
 samarinda (kalimantan timur) kode pos 75126
 Email : pkm.karang.asam@gmail.com



FORMULIR PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

No. Registrasi : /PPID-SMR/..... /.....

Nama :

Alamat :

Pekerjaan :

Nomor Telepon/E-mail :

Rincian Informasi yang dibutuhkan (tambahkan kertas bila perlu) :

Alasan Permohonan :

Cara Memperoleh ** : 1. Melihat/membaca/mendengarkan/mencatat
 2. Mendapatkan salinan informasi

Cara Mendapatkan Salinan Informasi ** : 1. Mengambil langsung
 2. Kurir
 3. Pos
 4. Faksimili
 5. Email

Samarinda, (...../...../.....)

Petugas Pelayanan Informasi (Penerima)

Pemohon

(.....)
 Nama dan Tanda Tangan

(.....)
 Nama dan Tanda Tangan

Keterangan:

* Diisi oleh petugas berdasarkan nomor registrasi permohonan Informasi Publik

** Pilih Salah satu dengan memberi tanda (v)

TANDA BUKTI PERMINTAAN INFORMASI

No. Registrasi : /PPID-SMR/..... /.....

Petugas Pelayanan Informasi (Penerima)

Pemohon

(.....)
 Nama dan Tanda Tangan

(.....)
 Nama dan Tanda Tangan