



FORMULIR KEBERATAN INFORMASI PUBLIK

A. Informasi Pengajuan Keberatan

Nomor Registrasi Keberatan :
Nomor Pendaftaran Pemohonan:
Informasi :
Tujuan Penggunaan Informasi :
Identitas Pemohon
Nama :
Alamat :
Pekerjaan :
Nomor Telepon :
Identitas Kuasa Pemohon **
Nama :
Alamat :
Nomor Telepon :

B. Alasan Pengajuan Keberatan

- Permohonan informasi ditolak
- Informasi Berkala tidak disediakan
- Permintaan informasi tidak ditanggapi
- Permintaan informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta
- Permintaan informasi tidak dipenuhi
- Biaya yang dikenakan tidak wajar
- Informasi yang disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan

C. Kasus Posisi (Kertas tambahan bila diperlukan)

D. Hari/Tanggal Tanggapan akan diberikan

Demikian keberatan ini saya sampaikan atas perhatian dan tanggapannya saya ucapkan terima kasih.

Samarinda,.....

Petugas Informasi
(Penerima Keberatan)

Pengaju Keberatan

.....

.....



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN

UPTD PUSKESMAS MAKROMAN

Alamat : Jl. Sekolahan Rt. 01 Samarinda 75115

Telp (0541) 6242885 Email : puskesmasmakroman01@gmail.com

