



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT MATA MASYARAKAT JAWA TIMUR**
Jln. Ketintang Baru Selatan 1 No. 1 Telp. (031) 82010000 Kodepos 60231
Website: www.rsmm.jatimprov.go.id, Email : rsmmjawatimur@gmail.com
SURABAYA

PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN INFORMASI

A. INFORMASI PENGAJU KEBERATAN

No. Register Keberatan* :
 No. Pendaftaran Permohonan :
 Informasi :
 Tujuan Penggunaan Informasi :
 Identitas Pemohon :
 Nama :
 Alamat :
 Nomor telepon / HP / email :
 Identitas Kuasa Pemohon :
 Nama :
 Alamat :
 Nomor telepon / HP / email :

B. ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN

- a. Permohonan Informasi ditolak
- b. Informasi berkala tidak disediakan
- c. Permintaan Informasi tidak ditanggapi
- d. Permintaan Informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta
- e. Permintaan Informasi tidak dipenuhi
- f. Biaya yang dikenakan tidak wajar
- g. Informasi disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan

C. KASUS POSISI (tambahan kertas bila perlu)

D. HARI/TANGGAL TANGGAPAN ATAS KEBERATAN AKAN DIBERIKAN
 : [tanggal], [bulan], [tahun] [diisi oleh petugas]

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

Surabaya,20...

Petugas Informasi
 (Penerima Keberatan)

Pengaju Keberatan

(.....)

(.....)