



PEMERINTAH KOTA BEKASI

DINAS KESEHATAN

Alamat: Jl. Pangeran Jayakarta No. 1 Kel. Harapan Mulya
Kec. Medan Satria - Bekasi Telp. : 8894728 Fax. : 8892080

PEMBERITAHUAN TERTULIS

Berdasarkan permohonan Informasi pada tanggal bulan tahun dengan nomor pendaftaran....., kami menyampaikan kepada Saudara:

Nama :
Alamat :
No. Telp/Email :

Pemberitahuan sebagai berikut:

A. Informasi Dapat Diberikan

No .	Hal-hal terkait Informasi Publik	Keterangan	
1	Penguasaan Informasi Publik**	☞ Kami ☞ Badan Publik lain, yaitu ...	
2	Bentuk fisik yang tersedia**	☞ <i>Softcopy</i> (termasuk rekaman). ☞ <i>Hardcopy</i> /salinan tertulis.	
3	Biaya yang dibutuhkan***	☞ Penyalinan ☞ Pengiriman ☞ Lain-lain Jumlah	Rp. = Rp. Rp. - Rp. - Rp.
4	Waktu penyediaan hari	
5	Penjelasan penghitaman/pengaburan Informasi yang dimohon**** (tambahkan kertas bila perlu)		

B. Informasi tidak dapat diberikan karena:**

- ☞ Informasi yang diminta belum dikuasai
- ☞ Informasi yang diminta belum didokumentasikan

Penyediaan informasi yang belum didokumentasikan dilakukan dalam jangka waktu

SEKRETARIS DINAS KESEHATAN
KOTA BEKASI,
Selaku
PPID Pelaksana Kota Bekasi

dr. Vevie Herawati, MKM

Tembusan :
Yth. 1. Wali Kota Bekasi;
2. Wakil Wali Kota Bekasi;
3. Sekretaris Daerah Kota Bekasi.