



PEMERINTAH KOTA BEKASI

DINAS KESEHATAN

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

FORMULIR PERMOHONAN INFORMASI PUBLIK

No. Pendaftaran :

Yang bertandatangan di bawah ini, mengajukan Permohonan Informasi :

Nama Pemohon Informasi :

Nomor KTP (Sesuai KTP) :

Alamat Pemohon Informasi :

No. Tlp dan Email :

Pekerjaan :

No. Identitas :

Informasi Yang di Butuhkan:

(tambahkan kertas bila perlu) :

.....
.....
.....
.....

Tujuan Permohonan Informasi:

Bersama ini kami
lampirkan : Institusi Kami.....
Surat Persetujuan sebagai institusi resmi dari

Foto Copy Identitas Pemohon

Cara memperoleh
informasi* : Melihat/membaca/mendengarkan/mencatat
 Mendapatkan salinan dokumen(*hardcopy/softcopy*)

Cara mengambil
informasi berupa salinan
dokumen* : Mengambil langsung Email

Petugas Informasi Publik

Bekasi,

Pemohon Informasi Publik

(.....)

(.....)

Keterangan:

* Pilih salah satu dengan memberi tanda (✓)

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik.

III. Pemohon informasi berhak mendapatkan **pemberitahuan tertulis** tentang diterima atau tidaknya permohonan informasi dalam jangka waktu **10 (sepuluh) hari kerja** sejak diterimanya permohonan informasi oleh Badan Publik. Badan Publik dapat memperpanjang waktu untuk memberi jawaban tertulis **1 x 7 hari kerja**, dalam hal: informasi yang diminta belum dikuasai/didokumentasikan /belum dapat diputuskan apakah informasi yang diminta termasuk informasi yang dikecualikan atau tidak.