



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.