



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM KARSA HUSADA BATU
JL. A. YANI 10 - 13 BATU

TELP. (0341) 596898 - 591076 - 591036 - FAX. 596901 - 591076



FORM KEBERATAN

(Rangkap Dua)

PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN INFORMASI

A. INFORMASI PENGAJU KEBERATAN

Nomor Registrasi Keberatan :
Nomor Permohonan Informasi :
Alasan Permohonanan Informasi :
Identitas Pemohon
Nama :
Alamat :
No.Telp / Email :
Pekerjaan :
Identitas Kuasa Pemohon
Nama :
Alamat :
No.Telp / Email :

B. ALASAN KEBERATAN

1. Permohonanan Informasi ditolak
2. Informasi berkala tidak disediakan
3. Permintaan Informasi tidak ditanggapi
4. Permintaan Informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta
5. Permintaan Informasi tidak dipenuhi
6. Biaya yang dikenakan tidak wajar
7. Informasi disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan

C. KASUS POSISI (tambahan kertas bila perlu)

(Diisi kronologis singkat pengajuan keberatan)
.....
.....

D. HARI / TANGGAL TANGGAPAN ATAS KEBERATAN AKAN DIBERIKAN

.....
Demikian keberatan ini saya sampaikan, atas perhatian dan tanggapannya, saya ucapkan terimakasih.

Batu,

Petugas Pelayanan Informasi
(Penerima Kebertan)

(.....)

Pengaju Keberatan

(.....)