



PEMERINTAH KOTA SINGKAWANG

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. ABDUL AZIZ

Jalan dr. Soetomo Nomor 28 Singkawang 79123

Telepon. (0562) 631798 Faksimile. (0562) 636319

Laman : www.rsudaa.singkawangkota.go.id Pos-el : rsudaa@singkawangkota.go.id

A. INFORMASI PENGAJUAN KEBERATAN

Nomor Registrasi Keberatan :..... (diisi petugas)*
Nomor Pendaftaran Permintaan Informasi :.....
Tujuan Penggunaan Informasi :.....

Identitas Pemohon

Nama :.....
Alamat :.....
Pekerjaan :.....
Nomor Telepon :.....

Identitas Kuasa Pemohon **

Nama :.....
Alamat :.....
Nomor Telepon :.....

B. ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN ***

- a. Permohonan informasi di tolak.
b. Informasi berskala tidak disediakan
c. Permintaan informasi tidak ditanggapi
d. Permintaan informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta
e. Permintaan informasi tidak penuh
f. Biaya yang dikenakan tidak wajar
g. Informasi disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan

C. KASUS POSISI (tambahkan 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 terimakasih.

.....(tempat).....(tanggal), [bulan], [tahun] *****
Mengetahui, *****

Petugas Informasi
(Penerima Keberatan)

Pengaju Keberatan

(.....)
Nama & Tanda Tangan

(.....)
Nama & Tanda Tangan

Keterangan

- * Nomor register pengajuan keberatan diisi berdasarkan buku register pengajuan keberatan.
** Identitas kuasa pemohon diisi jika ada kuasa pemohonnya dan melampirkan surat kuasa.

Sesuai dengan Pasal 35 UU KIP, dipilih oleh pengaju keberatan sesuai dengan alasan keberadaan yang diajukan.

Diisi sesuai dengan ketentuan jangka waktu dalam UU KIP.

tanggal diisi dengan tanggal diterimanya pengajuan keberatan yaitu sejak keberatan dinyatakan lengkap sesuai dengan buku register pengajuan keberatan.

Dalam hal keberatan diajukan secara langsung, maka formulir keberatan juga ditandatangani oleh petugas yang menerima pengajuan keberatan.