FORMAT FORMULIR PERMOHONAN INFORMASI PUBLIK
(RANGKAP DUA)

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG
Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos No. 56219
Telp. (0293) 491119
T E M A N G G U N G

FORMULIR PERMOHONAN INFORMASI PUBLIK

No. Pendaftaran *(diisi petugas)**: ...../PIP-PPID/...../.....

Nama : .....

Alamat : .....

.....

Nomor Telepon/Email : .....

Rincian Informasi yang Dibutuhkan : .....

.....

.....

.....

.....

Tujuan Penggunaan Informasi : .....

.....

.....

Cara Memperoleh Informasi** : 1. ☐ Melihat/membaca/mendengarkan/mencatat

2. ☐ Mendapatkan salinan informasi (hardcopy/ softcopy)***

Cara Mendapatkan Salinan Informasi*** : 1. ☐ Mengambil Langsung

2. ☐ Kurir

3. ☐ Pos

4. ☐ Email

5. ☐ Faksimili

....., ...

Pemohon Informasi

Petugas meja Informasi

(Penerima Permohonan)

(.....)

Nama dan Tanda Tangan

(.....)

Nama dan Tanda Tangan