



PEMERINTAH DAERAH PROVINSI JAWA BARAT DINAS KESEHATAN

Jl. Pasteur No. 25, Pasir Kaliki, Kec. Cicendo, Telp : (022) - 4212800 - 4218372
Fax : (022) - 4236721 Website : www.diskes.jabarprov.go.id Email : diskес@jabarprov.go.id
BANDUNG - 40171

PEMBERITAHUAN TERTULIS

Berdasarkan permohonan pemberitahuan pada tanggal bulan tahun dengan nomor pendaftaran*, Kami menyampaikan kepada saudara/i :

Nama :

Alamat :

No.Telp/Email :

Pemberitahuan Sebagai Berikut :

A. Informasi yang diberikan

NO.	Hal-hal terkait informasi Publik	Keterangan	
1.	Penguasaan Informasi Publik **	<input type="checkbox"/> Kami <input type="checkbox"/> Badan Publik lain, yaitu	
2.	Bentuk Fisik yang tersedia**	<input type="checkbox"/> Softcopy (termasuk rekaman) <input type="checkbox"/> Hardcopy / Salinan tertulis	
3.	Biaya yang dibutuhkan***	<input type="checkbox"/> Penyalinan <input type="checkbox"/> Pengiriman <input type="checkbox"/> Lain-lain	Rp.....x.....(Jumlah Lembaran)=Rp..... Rp..... Rp.....
		Jumlah	Rp.....
4.	Waktu Penyediaan Hari	
5.	Penjelasan Penghitungan Pengaburan Informasi yang dimohon **** (tambahkan kertas jika perlu)		

B. Informasi tidak dapat diberikan : **

- Informasi yang diminta belum dikuasai
- Informasi yang diminta belum di dokumentasikan

Penyediaan informasi yang belum didokumentasikan dilakukan dalam jangka waktu ****
.....(tempat),.....(tanggal/bulan/tahun).

Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi (PPID)

(.....)

Nama dan tanda tangan

KETERANGAN

- * Diisi sesuai dengan nomor pendaftaran pada formulir permohonan
- ** Pilih salahsatu dengan tanda (v)
- *** Biaya penyalinan (fotocopy atau disket) dan/atau biaya pengiriman (khusus kurir dan pos) sesuai dengan standar biaya yang telah di tetapkan
- **** Jika ada penghitaman informasi dalam suatu dokumen, maka diberikan alasan penghitungannya
- ***** Diisi dengan keterangan waktu yang jelas untuk menyediakan informasi yang diminta