



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

FORMULIR PERMOHONAN INFORMASI
 (RANGKAP DUA)

No. Pendaftaran (diisi petugas)* :

Nama/ Organisasi Pemohon :

No. KTP/ SIM/ Paspor :

No. Akta Pendirian *(untuk organisasi)* :

No. SKT Kesbangpol *(untuk organisasi)* :

Alamat :

Pekerjaan :

NomorTelepon :

e-mail :

Rincian Informasi yang Dibutuhkan :

(tambahkan kertas bila perlu)

Tujuan Penggunaan Informasi :

(tambahkan kertas bila perlu)

Cara Memperoleh Informasi ** : Melihat/ membaca/ mendengarkan/ mencatat***

Mendapatkan Salinan Informasi *(hardcopy/ softcopy)****

Cara Mendapatkan Salinan Informasi** : Mengambil langsung
(diisi jika ingin Mendapatkan Salinan Informasi)

Kurir

Pos

Faksimil

Email

Bandung, 2021

Petugas Pelayanan Informasi
 (Penerima Permohonan)

Pemohon

(.....)

(.....)

Keterangan:

*Diisi oleh petugas berdasarkan nomor registrasi permohonan Informasi Publik

**Pilih salah satu dengan memberi tanda silang (X)

***Coret yang tidak perlu



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 : diskes@jabarprov.go.id
BANDUNG - 40171

No. Pendaftaran:

TANDA BUKTI
PERMOHONAN INFORMASI PUBLIK

Telah terima dari Pemohon/ Pengguna Informasi Publik;

Nama :
Tempat, Tanggal Lahir :
No. Identitas (KTP/ SIM/ Paspor) :
Nama Organisasi :
Informasi yang Dimohonkan :

Oleh Desk Layanan Informasi PPID Dinas Perpustakaan dan Kearsipan Daerah Provinsi Jawa Barat
pada tanggal/...../.....

Petugas,

Pemohon,

(.....)

(.....)



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 : diskes@jabarprov.go.id
BANDUNG - 40171

No. Pendaftaran:

TANDA BUKTI
PERMOHONAN INFORMASI PUBLIK

Telah terima dari Pemohon/ Pengguna Informasi Publik;

Nama :
Tempat, Tanggal Lahir :
No. Identitas (KTP/ SIM/ Paspor) :
Nama Organisasi :
Informasi yang Dimohonkan :

Oleh Desk Layanan Informasi PPID Dinas Perpustakaan dan Kearsipan Daerah Provinsi Jawa Barat
pada tanggal/...../.....

Petugas,

Pemohon,

(.....)

(.....)