

**BUKU REGISTER
PERMOHONAN
INFORMASI PUBLIK**



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN KOTA SAMARINDA
UPTD PUSKESMAS BENGKURING

Jl. Bengkuring Raya, Samarinda. Kode Pos 75119. Telepon 0541 - 7776243
<https://pkm-bengkuring.samarindakota.go.id> - Email : puskesmas_bengkuring@yahoo.com

FORMULIR PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

No. Registrasi : /PPID-SMR/ /

Nama :
Alamat :
Pekerjaan :
Nomor Telepon/E-mail :
Rincian Informasi yang dibutuhkan
(tambahkan kertas bila perlu) :
Alasan Permohonan :
Cara Memperoleh ** : 1. ☐ Melihat/membaca/mendengarkan/mencatat
2. ☐ Mendapatkan salinan informasi
Cara Mendapatkan Salinan Informasi ** : 1. ☐ Mengambil langsung
2. ☐ Kurir
3. ☐ Pos
4. ☐ Faksimili
5. ☐ Email

Samarinda,

Petugas Pelayanan Informasi (Penerima)

Pemohon

(.....)

(.....)

Keterangan:

* Diisi oleh petugas berdasarkan nomor registrasi permohonan Informasi Publik

** Pilih Salah satu dengan memberi tanda (v)

TANDA BUKTI PERMINTAAN INFORMASI

No. Registrasi : /PPID-SMR/ /

Petugas Pelayanan Informasi (Penerima)

Pemohon

(.....)

(.....)