



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR  
DINAS KESEHATAN

**RUMAH SAKIT MATA MASYARAKAT JAWA TIMUR**

Jln. Ketintang Baru Selatan 1 No. 1 Telp. (031) 82010000 Kodepos 60231  
Website: [www.rsmm.jatimprov.go.id](http://www.rsmm.jatimprov.go.id), Email : [rsmmjawatimur@gmail.com](mailto:rsmmjawatimur@gmail.com)  
SURABAYA

**PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN INFORMASI**

**A. INFORMASI PENGAJU KEBERATAN**

No. Register Keberatan\* : .....

No. Pendaftaran Permohonan Informasi : .....

Tujuan Penggunaan Informasi : .....

Identitas Pemohon

Nama : .....

Alamat : .....

Nomor telepon / HP / email : .....

Identitas Kuasa Pemohon

Nama : .....

Alamat : .....

Nomor telepon / HP / email : .....

**B. ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN**

- a. Permohonan Informasi ditolak
- b. Informasi berkala tidak disediakan
- c. Permintaan Informasi tidak ditanggapi
- d. Permintaan Informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta
- e. Permintaan Informasi tidak dipenuhi
- f. Biaya yang dikenakan tidak wajar
- g. Informasi disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan

C. KASUS POSISI (tambahan 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 terima kasih

Surabaya, .....20...

Petugas Informasi  
(Penerima Keberatan)

Pengaju Keberatan

(.....)

(.....)