



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

**FORMULIR PERMOHONAN INFORMASI**

No. Register\* : .....  
Nama : .....  
Alamat : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
Nomor telepon / HP / email : .....  
Rincian Informasi yang : .....  
dibutuhkan : .....  
Tujuan Penggunaan Informasi : .....  
Cara Memperoleh Informasi : Mendapatkan Salinan informasi (harcopy/softcopy)\*\*  
melalui (Datang langsung/WA/Website/Email)\*\*  
Cara Mendapatkan Salinan : 1.  Mengambil langsung  
Informasi\*\*\* 2.  Kurir  
3.  Pos  
4.  Email

Penerima Permohonan

Surabaya, .....20...  
Pemohon informasi

(.....)

(.....)

Keterangan:

\*Diisi oleh petugas berdasarkan nomor registrasi permohonan informasi public

\*\*Coret yang tidak perlu

\*\*\*Pilih salah satu dengan memberi tanda centang (✓)