



PEMERINTAH KOTA PEKALONGAN

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BENDAN

Jl. Sriwijaya No.2 Pekalongan Telp. (0285) 437222 Fax. (0285) 437155 Kode Pos : 51119
Website : <http://www.rsud.pekalongankota.go.id>
Email :rsudbendan@yahoo.com

**PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN
INFORMASI PUBLIK**

A. INFORMASI PENGAJU KEBERATAN

Nomor Registrasi Keberatan : (diisi petugas)*

Nomor Pendaftaran

Permohonan Informasi :

Tujuan Penggunaan Informasi :

Identitas Pemohon

Nama :

Alamat :

Pekerjaan :

Nomor Telepon :

Identitas Kuasa Pemohon***

Nama :

Alamat :

Nomor Telepon :

B. ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN***

☐	a.	Permohonan informasi ditolak
☐	b.	Informasi berkata tidak disediakan
☐	c.	Permohonan informasi tidak disanggupi
☐	d.	Permohonan informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta
☐	e.	Permintaan informasi tidak dipenuhi
☐	f.	Biaya yang dikeluarkan 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 pemohon)****

Demikian keberatan ini saya sampaikan, dan atas perhatian dan tanggapan, saya ucapkan terimakasih.

Pekalongan,*****

Mengetahui,*****
**Petugas Informasi
(Penerima Keberatan)**

Pemohon Keberatan

(.....)
Nama & Tanda Tangan

(.....)
Nama & Tanda Tangan

KETERANGAN

- * Nomor register pengajuan keberatan diisi berdasarkan buku register pengajuan keberatan
- ** Identitas kuasa pemohon diisi jika ada kuasa pemohonnya dan melampirkan Surat Kuasa
- *** Sesuai dengan Pasal 35 UU KIP dipilih oleh pengaju keberatan sesuai dengan alasan keberatan yang diajukan
- **** Diisi sesuai dengan ketentuan jangka waktu dalam UU KIP
- ***** Tanggal diisi dengan tanggal diterimanya pengajuan keberatan yaitu sejak keberatan dinyatakan lengkap sesuai dengan buku register pengajuan keberatan.
- ***** Dalam hal keberatan diajukan secara langsung, maka formulir keberatan juga ditandatangani oleh petugas yang menerima pengajuan keberatan.