



PEMERINTAH KOTA SAMARINDA
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS SAMARINDA KOTA

JL. BHAYANGKARA NO.04 Samarinda 75121
Telepon (0541) 7809722 Email : puskesmassamkot@gmail.com

FORMULIR PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

No. Registrasi : 300.2.11/PPID-PKMSAMKOT/..... /100.02.026

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

(.....)
Nama dan Tanda Tangan

(.....)
Nama dan Tanda Tangan

Keterangan:

* Diisi oleh petugas berdasarkan nomor registrasi permohonan Informasi Publik

** Pilih Salah satu dengan memberi tanda (v)

TANDA BUKTI PERMINTAAN INFORMASI

No. Registrasi : 300.2.11/PPID-PKMSAMKOT/..... /100.02.026

Petugas Pelayanan Informasi (Penerima)

Pemohon

(.....)
Nama dan Tanda Tangan

(.....)
Nama dan Tanda Tangan