



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN
UNIT PELAKSANA TEKNIS
RUMAH SAKIT MATA MASYARAKAT JAWA TIMUR
Jln. Ketintang Baru Selatan I No. 1 Telp : (031) 82010000
Fax : (031) 8283508
S U R A B A Y A (60231)

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 (✓)