



**PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR  
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH  
ATMA HUSADA MAHAKAM**

Jalan Kakap No.23 Samarinda 75115 Telp. (0541) 743364 Fax. 741035  
Laman : rsjdahm.kaltimprov.go.id // Posel : rsjdahm@gmail.com

**PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMOHONAN INFORMASI**

**A. INFORMASI PENGAJUAN KEBERATAN**

Nomor registrasi keberatan : .....  
 Nomor registrasi permohonan informasi : .....  
 Tujuan penggunaan informasi : .....

**IDENTITAS PEMOHON**

Nama : .....  
 Alamat : .....  
 Pekerjaan : .....  
 Nomor telepon : .....

**IDENTITAS KUASA PEMOHON :**

Nama : .....  
 Alamat : .....  
 Nomor telepon : .....

**B. ALASAN PENGAJUAN KEBERATAN**

- |  |  |
|--|--|
|  | Permohonan informasi ditolak                                 |
|  | Informasi tidak disediakan                                   |
|  | Permohonan informasi tidak lengkap                           |
|  | Permintaan informasi dianggap tidak sebagaimana yang diminta |
|  | Permintaan informasi tidak dipenuhi                          |
|  | Biaya yang dikeluarkan tidak wajar                           |
|  | informasi disampaikan melebihi batas waktu yang ditentukan   |

**C. Kasus posisi (tambah kertas bila perlu)**

.....  
 .....

**D. Hari / tanggal tanggapan atas keberatan akan diberikan : .....,.....**

Demikian keberatan ini saya sampaikan atas perhatian dan tanggapannya saya ucapkan terima kasih

Mengetahui  
 Petugas Informasi

Samarinda,.....,  
 Pengaju Keberatan

(.....)  
 Nama dan Tanda Tangan

(.....)  
 Nama dan Tanda Tangan