



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT Jiwa DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
Jalan Kakap No.23 Samarinda 75115 Telp. (0541) 743364 Fax. 741035
Laman : rsjdahm.kaltimprov.go.id Pos-el : rsjdahm@gmail.com

PEMBERITAHUAN TERTULIS

Berdasarkan permintaan informasi pada tanggal..... bulan tahun dengan nomor pendaftaran*, Kami menyampaikan kepada Saudara/i:

Nama :
Alamat :

Nomor Telepon/E-mail :
.....

Pemberitahuan sebagai berikut:

A. Informasi Dapat Diberikan

No.	Hal – hal terkait Informasi Publik	Keterangan	
1.	Penguasaan Informasi Publik**	☐ Kami ☐ Badan Publik lain, Yaitu:	
2.	Bentuk fisik yang tersedia**	☐ Softcopy (termasuk rekaman)	
3.	Biaya yang dibutuhkan ***	☐ Penyalinan	Rp.x..... = Rp.
		☐ Pengiriman	Rp.
		☐ Lain-lain	Rp.
		Jumlah	Rp.
4.	Waktu penyediaan	 hari	
5.	Penjelasan penghitaman / pengaburan Informasi yang dimohon**** (tambahkan kertas bila perlu)		

B. Informasi tidak dapat diberikan karena:**

☐ Informasi yang diminta belum dikuasai

☐ Informasi yang diminta belum didokumentasikan

Penyediaan informasi yang belum didokumentasikan dilakukan dalam jangka waktu

.....

Samarinda,

Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi
(PPID)

Keterangan:

(.....) Nama & Tanda Tangan

* Diisi sesuai dengan nomor pendaftaran pada formulir permohonan

** Pilih salah satu dengan memberi tanda (√)

*** Biaya penyalinan (fotocopy atau flashdisk) dan/atau biaya pengiriman (khusus kurir dan pos) sesuai dengan standar biaya yang telah ditetapkan

**** Jika ada penghitaman informasi dalam satu dokumen, maka diberikan alasan penghitamannya

***** Diisi dengan keterangan waktu yang jelas untuk menyediakan informasi yang diminta