PEMERINTAH KABUPATEN BANYUMAS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANYUMAS
Jl. Rumah Sakit No. 01 BanyumasTelp/Fak (0281) 796182, 796511, 796031, 7621111
http:// www.rsu.banyumas.go.id, E-mail rsudbanyumas@banyumaskab.go.id

FORMAT KEBERATAN
(RANGKAP DUA)

PERNYATAAN KEBERATAN ATAS PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

A. INFROMASI PENGAJU KEBERATAN

Nomor Registrasi Keberatan : _____
Nomor Pendaftaran Permintaan 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 berkala yang tidak disediakan
c. Permintaan informasi tidak ditanggapi
d. Permohonan informasi ditanggapi tidak sebagaimana yang diminta
e. Permintaan informasi tidak dipenuhi
f. Biaya yang dikenakan tidak wajar
g. Informasi disampaikan melebihi jangka waktu yang ditentukan

C KASUS POSISI (tambahkan kertas bila perlu)

D **HARI/TANGGAL TANGGAPAN ATAS KEBERATAN AKAN DIBERIKAN:** *tanggal], [bulan],[tahun][diisi oleh petugas]*****

Banyumas,
Mengetahui,

Petugas Informasi (Penerima Keberatan)	**Pengaju Keberatan**
(……..)	**(……..)**

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

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 sesuaidengan buku register pengajuan keberatan.
****** Dalam hal keberatan diajukan secara langsung, maka formulir keberatan juga ditandatangani oleh petugas yangmenerima pengajuan keberatan.