



**PEMERINTAH KABUPATEN LAMONGAN**  
**DINAS KESEHATAN**  
**PUSKESMAS LAMONGAN**  
Jl. Veteran no. 55 Lamongan 62211  
Telp. (0322) 321 356  
E-mail : Pkmlamongan@yahoo.com

## **FORMULIR PENGADUAN MASYARAKAT** ( Rangkap Dua )

Nomor Aduan : ..... / PM / Puskesmas Lamongan / 20....  
Tanggal / Jam :  
Unit Kerja Tujuan :  
Cara Penyampaian : Datang Sendiri / Penerima Kuasa

### **DATA PEMBERI ADUAN**

Nama / Umur (Tahun) :  
Tempat Tanggal Lahir :  
Status Perkawinan :  
Pekerjaan / Instansi :  
Alamat Lengkap :  
No. KTP (Dilampifi FC KTP) :  
No. TELP / WA :

### **JENIS PENGADUAN MASYARAKAT ( coret yang tidak sesuai )**

Penundaan Berlarut / Tidak Memberikan Pelayanan / Tidak Kompeten / Penyalahgunaan  
Wewenang / Permintaan Imbalan / Tidak Patut / Berpihak / Diskriminasi / Konflik Kepentingan .

### **URAIAN PENGADUAN**

.....  
.....  
.....  
.....

Sumber Informasi\* :  Diri sendiri  Penerima Kuasa  
 Lainnya, Sebutkan .....

Dokumen Pendukung\* :  Ya ( Dilampirkan dengan dokumen asli)  Tidak

Cara Menyampaikan Aduan\* :  
 Diserahkan Langsung  Kurir  E-Mail  Kotak Saran  Media Sosial

Petugas Penerima Pengaduan Masyarakat

Pemberi Aduan

\_\_\_\_\_  
NIP.

\_\_\_\_\_  
( Nama Jelas Sesuai KTP )

Keterangan :

\*Pilih salah satu dengan memberi tanda ✓



**PEMERINTAH KABUPATEN LAMONGAN**

**DINAS KESEHATAN  
PUSKESMAS LAMONGAN**

Jl. Veteran no. 55 Lamongan 62211

Telp. (0322) 321 356

E-mail : Pkmlamongan@yahoo.com

---

**TANDA BUKTI PENERIMAAN DOKUMEN**  
*(Rangkap Dua)*

**Nomor:...../ PM/ Puskesmas Lamongan / 20.....**

Dengan ini menerangkan bahwa Puskesmas Lamongan telah menerima surat / dokumen / data / informasi berupa :

I. Jenis Data/ Informasi : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

II. Bentuk Data / Informasi :  Soft Copy  
 Hard Copy

III. Data Pemberi Aduan Masyarakat

Nama / Umur ( Tahun) :  
Jenis Kelamin :  
Alamat Rumah :  
Pekerjaan / Instansi :  
Alamat Kantor :  
No.KTP ( dilampiri FC KTP) :  
No. TELP / WA :

IV. Rincian Data / Informasi Mengenai :

.....  
.....  
.....  
.....

Lamongan.....,.....,20.....

Petugas Penerima Pengaduan Masyarakat

Pemberi Aduan

\_\_\_\_\_  
NIP.

\_\_\_\_\_  
( Nama Jelas Sesuai KTP )

Catatan :

Tanda bukti ini hanya sebagai bukti bahwa yang bersangkutan telah datang dan atau memberikan surat / dokumen / data / informasi kepada Puskesmas Lamongan. Pernyataan atau isi surat / dokumen / informasi beserta dokumen pendukung adalah tanggung jawab pengirim / pelapor.