PEMERINTAH PROPINSI JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA

Jl. Ki Hajar Dewantoro 80 Jebres Kotak Pos 187 Surakarta 57126 Telp. (0271) 641442 Fax. (0271) 648920 E-Mail ; rsjdSurakarta@yahoo.com

FORMULIR PENGADUAN

Nomor : / / 2016

Nama : .....

Nomor KTP/SIM : .....

Jenis Kelamin : ☐ **Laki – laki** ☐ **Perempuan**

Alamat Lengkap : .....

.....

No. Telp/Hp : .....

Alamat Email : .....

Subyek Pengaduan : ☐ ***Pelayanan Sewa Gedung*** ☐ ***Kegiatan Kediklatan***

Uraian Pengaduan : .....

.....

.....

2016

Yang Menerima Pengaduan **Yang Mengadukan**

( ) ( )

FORMULIR PENGADUAN

Nomor : / / 2016

Nama :

Nomor KTP/SIM :

Jenis Kelamin : ☐ Laki – laki ☐ Perempuan

Alamat Lengkap :

No. Telp/Hp :

Alamat Email :

Subyek Pengaduan : ☐ Pelayanan Sewa Gedung ☐ Kepiatan Kendaraan

Uraian Pengaduan :

Yang Mengadukan

( )