



**THE TRUSTWORTHY
SUPERINTENDING**

PENANGANAN BANDING

Tanggal :		<i>diisi oleh LS AGS</i>	
Nama :		No. Banding :	
Jabatan :		Diterima oleh :	
Perusahaan / Instansi :		Jabatan :	
		Tanggal :	
INFORMASI KELUHAN (<i>salinan Penanganan Keluhan terlampir</i>)			
No. Keluhan	Tanggal Keluhan	Tanggal Penyelesaian Keluhan	
Uraian Banding :			
Pelapor		Diterima oleh	
_____		_____	
		Tim Panel Keluhan	



**THE TRUSTWORTHY
SUPERINTENDING**

Tindak Lanjut Penanganan Banding (*diisi oleh LS AGS*)

RAPAT TIM PANEL BANDING

Tanggal :

Analisis Banding :

Tindak Lanjut Banding :

Keputusan :

Disahkan oleh Tim Panel Banding

Ketua

Anggota 1

Anggota 2

Anggota 3

Anggota 4
