

REDAȚIA

Adresa

Nr. înregistrare

CERERE DE ACREDITARE *

Vă rugăm să aprobați acreditarea pe lângă Spitalul de Psihiatrie și pentru Măsură de Siguranță Sapoca, în ziua / perioada pentru:

Nume.....

Prenume.....

Data nașterii: ziua luna anul

Locul nașterii: localitatea județul/sectorul

Domiciliul:.....

Act de identitate: BI/CI seria nr emis de

Date contact: telefon fix

telefon mobil

fax

adresă e-mail

Nr. legitimației de presă:

Emisă de:

Valabilitate:

Data Semnătura

* Prezentei cereri i se va anexa o fotocopie după legitimația de presă.