

CERERE DE ACREDITARE

Redacția

Adresa _____

Nr. tel _____

fax _____

Nr. _____ din _____

Vă rugăm să aprobați acreditarea pe lângă Direcția de Sanatate Publică a Județului Braila

Numele _____

Prenumele _____

B.I. sau C.I. seria _____

nr. _____

CNP _____

Date de contact - Tel. mobil _____

E-mail _____

Nr. legitimație de presă _____

Emisă de _____

Valabilitate _____

Obligatoriu a fi completate toate câmpurile

Obligatoriu a fi însoțită de copie de pe legitimația de jurnalist, purtând ștampila redacției