



FORMULAR DE ACREDITARE JURNALIST

Cod: PS 09/F2

Rev.: 0

Pag.: 1 / 1

SPITALUL DE PSIHIATRIE „SF. PANTELIMON” BRAILA

TELEFON: 0239/694200

FAX: 0239/611012

E-MAIL: spbr1@spitalpsihiatriebraila.ro

NR.INREG. _____ / _____

FORMULAR DE ACREDITARE JURNALIST

Doamnei/Domnului

Nume/prenume _____

Calitatea _____

Institutia de presa _____

Suntem onorati sa va aducem la cunostinta ca, in baza art.18, alin.1 si 2 din Legea nr. 544/2001 privind accesul la informatii de interes public, ati fost acreditat si figurati in baza de date a *Spitalul de Psihiatrie „Sf. Pantelimon” Braila*.

Mentionam ca, in momentul in care nu mai aveti calitatea de _____ la _____, aveti obligatia de a anunta Purtatorul de cuvnt al *Spitalului de Psihiatrie „Sf. Pantelimon” Braila*.

Datele de contact ale Purtatorului de cuvnt sunt:

- Tel: _____,
- E-mail: _____.

Va multumin pentru colaborare.

Cu consideratie,

Manager,

Purtator de cuvnt,