**ANEXA 2 PO – 98 R1 – F2**

**Formular de acreditare mass-media în cadrul Spitalului Municipal ,,Dr. Cornel Igna,, Câmpia Turzii**

|  |  |
| --- | --- |
| Numele şi prenumele |  |
| Data şi locul naşterii |  |
| Cetăţenia |  |
| Instituţia media |  |
| Redacţia |  |
| Adresa |  |
| Funcţia |  |
| Coordonator ierarhic |  |
| Nr. legitimaţie presă |  |
| Telefon redacţie |  |
| Fax redacţie |  |
| E-mail |  |
| Telefon mobil |  |
| E-mail personal |  |
| Date CI/BI/ paşaport (CNP, serie, nr. -valabile |  |
| Data solicitării acreditării |  |
| Acord instituţie-semnătura (cu numele clar), ştampila |  |

Formularul se completează şi se trimite electronic la adresa spitalcampiaturzii@yahoo.com