



unitate aflată în
PROCES DE ACREDITARE

CICLUL al II-lea

SPITALUL DE PSIHIATRIE CAVNIC CONSILIUL LOCAL CAVNIC

ORAȘ CAVNIC, Strada Unirii nr.4, cod poștal 435300, Maramureș

Telefon 0262295012, fax 0262295785, email spitalcavnic1@gmail.com



REDACTIA (denumirea legală).....

Adresa.....

Nr. înregistrare

C E R E R E D E A C R E D I T A R E *

Vă rugăm să aprobați acreditarea pe lângă Spitalul de Psihiatrie Căvnic , situat Oraș Căvnic, strada Unirii nr.4, 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.