



ACCREDITATION FORM / WNIOSK AKREDYTACYJNY



UNIwersytet ŚLĄSKI
W KATOWICACH

REDAKCJA / AGENCJA PRASOWA / TV / RADIO / WEBSITE:

NAZWA/name			
ADRES/address			
MIASTO/city		KOD /zip code	
PAŃSTWO/country		FAKS/fax	+ ,
TELEFON/phone	+	E-MAIL	

IMIE I NAZWISKO DYREKTORA / REDAKTORA NACZELNEGO/name of director/chief editor

NAKŁAD/circulation

RODZAJ AKREDYTACJI/pass requested

IMIE I NAZWISKO DZIENNIKARZA / FOTOREPORTERA / OPERATORA:

Name of journalist / photoreporter / cameraman

TEL.KOM/mobile E-MAIL:

DZIENNIKARZ Journalist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FOTOREPORTER Photoreporter
DZIENNIKARZ - FOTOREPORTER Journalist - photographer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OPERATOR Cameramen

Podpis dyrektora/red.naczelnego

Podpis składającego wniosek

DATA / date