



АКРЕДИТАЦИОНЕН ФОРМУЛЯР ACCREDITATION FORM

Име и фамилия / Name and surname:

Бих желал да бъда акредитиран като / I want accreditation for:

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Журналист Journalist | <input type="checkbox"/> Фотограф Photographer | <input type="checkbox"/> Видео оператор Video operator |
|--|---|---|

Медия / Media:

| | | | |
|---|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Агенция / Agency | <input type="checkbox"/> Вестник / Newspaper | <input type="checkbox"/> Списание / Magazine | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Радио / Radio | <input type="checkbox"/> Телевизия / TV | <input type="checkbox"/> Online media | <input type="checkbox"/> |

Адрес / Address:

Телефон / Telephone:

E-mail:

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

Интернет сайт / Web site:

Дата:

Date:

Подпис:

Signature: