

4. DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA LUB PARTNERA

imiona i nazwisko

posiada tytuł zawodowy LEKARZA LEKARZA DENTYSTY

5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ /
WOJSKOWEJ
IZBY LEKARSKIEJ

--	--

kod izby

w

--	--

numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.)

--	--	--	--	--	--	--	--

6. NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY

numer

--	--	--	--	--	--	--	--

8. NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ (NIP)

numer

--	--	--	--	--	--	--	--

13. POSIADANE SPECJALIZACJE

posiadana
specjalizacja

posiadana
specjalizacja

posiadana
specjalizacja

15. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ WYKONYWANEJ W FORMIE SPÓŁKI I RODZAJ PRAKTYKI
WYKONYWANEJ W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

16. RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYKONYWANEJ W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI:

97 (98) PRAKTYKA LEKARSKA

97 (99) SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE

17. RODZAJ I ZAKRES PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
WYKONYWANYCH W POMIESZCZENIU (GABINECIE) W RAMACH PRAKTYKI

97

--	--

kod praktyki

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

18. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W POMIESZCZENIU (GABINECIE)
(DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W POMIESZCZENIU)

97

--	--

kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

--	--	--	--	--	--

miejsowość

telefon

faks

e-mail

12

adres strony internetowej

17. RODZAJ I ZAKRES PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYKONYWANYCH W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)

97



kod praktyki

diagnostycznych	
lecznicznych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

18. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)

97



kod praktyki

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy [][]-[][][][]
miejsowość	telefon	faks
e-mail	12	adres strony internetowej

14a. PRZEWIDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

dn. [][][][][][][][][][][][]

21. INFORMACJA O UBEZPIECZENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

okres ubezpieczenia od dn. [][][][][][][][][][][][] do dn. [][][][][][][][][][][][]

Zakres ubezpieczenia:

suma gwarancyjna dla wszystkich zdarzeń

miejsce, data	4c.	imię i nazwisko i podpis przedstawiciela spółki
---------------	-----	---

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

opinia organu sanitarnego umowa o ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej