

4. DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA LUB PARTNERA

imiona i nazwisko

posiada tytuł zawodowy LEKARZA LEKARZA DENTYSTY5. 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
specjalizacjaposiadana
specjalizacjaposiadana
specjalizacja15. 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 DZIEDZINIE17. 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

miejscowość

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