

NR NA LIŚCIE STRON UMOWY SPÓŁKI,
WSPÓLNIKÓW LUB PARTNERÓW SPÓŁKI

CZĘŚĆ II

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA
CZĘŚĆ II WNIOSKU WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA ODREBNE
DLA KAŻDEGO WSPÓLNIKA, KTÓRY BĘDZIE UDZIELAŁ ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

4. DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA LUB PARTNERA

imiona i nazwisko

posiada tytuł zawodowy LEKARZA LEKARZA DENTYSTY

**5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ /
/ WOJSKOWEJ
IZBY LEKARSKIEJ**

w
kod izby

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

lecniczych

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	
lecniczych	
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