

2. DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA LUB PARTNERA

imiona i nazwisko

posiada tytuł zawodowy LEKARZA LEKARZA DENTYSTY

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

w
kod izby

4

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

--

6. NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY

numer

**7. WPIS DO EWIDENCJI DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ
LEKARZA STRONY UMOWY SPÓŁKI CYWILNEJ**

TAK

8. NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ (NIP)

numer

17. INFORMACJA O UBEZPIECZENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

okres ubezpieczenia od dn. do dn.

Zakres ubezpieczenia:

suma gwarancyjna dla wszystkich zdarzeń

13. POSIADANE SPECJALIZACJE

posiadana
specjalizacja

posiadana
specjalizacja

posiadana
specjalizacja

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

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:

97 (98) PRAKTYKA LEKARSKA

97 (99) SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE

**10. RODZAJ I ZAKRES PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
WYKONYWANYCH W POMIESZCZENIU (GABINECIE) (DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI)**

97 ()
kod praktyki


diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**11. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA 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 <input type="text"/> - <input type="text"/>
miejsowość	telefon	faks
e-mail	12	adres strony internetowej

**10.a) RODZAJ I ZAKRES PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
WYKONYWANYCH W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)**
(DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI)

97 ()
kod praktyki

diagnostycznych	
lecniczych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**11.a) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)**
(DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W POMIESZCZENIU)

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

**13. PRZEWIDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

dn.

15

miejsce, data	imię i nazwisko i podpis przedstawiciela spółki
---------------	---

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- opinia organu sanitarnego
- umowa o ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej