

NR

NA LIŚCIE STRON UMOWY SPÓŁKI,
WSPÓLNIKÓW LUB PARTNERÓW SPÓŁKI

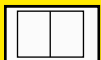
CZĘŚĆ II

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

A-2(1)

2. DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA LUB PARTNERA

imiona i nazwisko

posiada tytuł zawodowy ☐ LEKARZA ☐ LEKARZA DENTYSTY5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ /
/ WOJSKOWEJ
IZBY LEKARSKIEJ

kod izby

w

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
specjalizacjaposiadana
specjalizacjaposiadana
specjalizacja9. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ WYKONYWANEJ W FORMIE SPÓŁKI I RODZAJ PRAKTYKI
WYKONYWANEJ W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJRODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: ☐ AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:

☐ 97 (98) PRAKTYKA LEKARSKA☐ 97 (99) SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE10. 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 -	
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 -	
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