

10. Adres miejsca przyjmowania wezwań: (dotyczy praktyki wyłącznie w miejscu wezwania)

województwo:		powiat:	
gmina:		ulica:	
Nr domu:	Nr lokalu:	miejscowość:	
..... kod pocztowy Telefon Telefon 2/ Faks Telefon komórkowy

11. Adresy miejsc przechowywania dokumentacji (dotyczy praktyki wyłącznie w miejscu wezwania)

województwo:		powiat:	
gmina:		ulica:	
Nr domu:	Nr lokalu:	miejscowość:	
..... kod pocztowy Telefon Telefon 2/ Faks Telefon komórkowy

12. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej

(wypełnić tylko w sytuacji, gdy każdy ze współników posiada indywidualne ubezpieczenie)

Zakres ubezpieczenia:			
Suma gwarancyjna na jedno zdarzenie		Suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia	
Okres ubezpieczenia od dnia:		do dnia:	

13. Data rozpoczęcia działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki

14. Data podjęcia działalności po okresie zawieszenia

15. Informacje o czasowym zawieszeniu działalności leczniczejod do **16. Data zakończenia działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki**

.....
Podpis współnika / partnera praktyki