|  |  |
| --- | --- |
| Formulário de Atualização das Informações do Consultório |  |

# Instruções

Indique abaixo todas as informações sobre seu consultório que precisam ser atualizadas. Por favor, inclua um Formulário W-9 do IRS se você estiver fazendo alterações no nome ou endereço da empresa. Observação: As informações do consultório neste formulário, exceto pela ID do imposto de faturamento e o NPI Tipo 2, estarão visíveis para o público por meio das nossas ferramentas de pesquisa de fornecedores online e/ou diretórios de fornecedores.

# Informações sobre o Consultório

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome da Empresa |  | Endereço  Incluindo Cidade, Estado  e CEP |  |
|  |
| Telefone |  | Fax |  |
| Endereço de Email Comercial |  | Site da Web |  |
| ID do Imposto de Faturamento |  | Número do NPI (Identificação do Provedor Nacional) Tipo 2 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Horário de expediente |  |  | Fornecedores Atualmente em Prática |
| Segunda-feira |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Terça-feira |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Quarta |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Quinta-feira |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Sexta |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Sábado |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Domingo |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Assinatura |  |  | Nome |  |
|  | Assinatura da Pessoa Enviando este Formulário |  |  | Nome da Pessoa Enviando este Formulário (imprimir) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data da Assinatura |  |  |  |  |  |
|  | MM |  | DD |  | AA |