|  |  |
| --- | --- |
| Форма обновления сведений о практике |  |

# Инструкции

Укажите ниже все сведения о вашей практике, которые требуется обновить. Если вы вносите изменения   
в название или адрес компании, включите актуальную форму W-9 для налоговой службы. Примечание: сведения о практике в этой форме, включая код налога и национальный идентификатор поставщика медицинских услуг (тип 2), будут доступны широкой публике через наши средства поиска поставщиков   
в Интернете и/или каталоги поставщиков.

# Сведения о практике

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Название компании |  | Почтовый адрес  (включая город, штат  и почтовый индекс) |  |
|  |
| Телефон |  | Факс |  |
| Рабочий адрес электронной почты |  | Веб-сайт |  |
| Код налога |  | Национальный идентификатор поставщика (NPI), тип 2 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Часы работы |  |  | Практикующие в данный момент поставщики |
| Понедельник |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Вторник |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Среда |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Четверг |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Пятница |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Суббота |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Воскресенье |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Подпись |  |  | Имя |  |
|  | Подпись человека, отправившего эту форму |  |  | Имя человека, отправившего эту форму (печатными буквами) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата подписи |  |  |  |  |  |
|  | ММ |  | ДД |  | ГГ |