|  |  |
| --- | --- |
| Modulo di aggiornamento delle informazioni sullo studio |  |

# Istruzioni

Indicare di seguito tutte le informazioni sullo studio da aggiornare. Includere un modulo W-9 IRS corrente se si apportano modifiche al nome o all'indirizzo dell'azienda. Nota: Le informazioni pratiche su questo modulo, ad eccezione dell'ID di fatturazione e di NPIType 2, saranno visibili al pubblico tramite gli strumenti di ricerca dei provider online e/o le directory dei provider.

# Informazioni pratiche

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome azienda |  | Via e numero civico  Inclusi città, provincia  e codice postale ZIP (Stati Uniti) |  |
|  |
| Telefono |  | Fax |  |
| Indirizzo di posta elettronica dell’ufficio |  | Sito Web |  |
| ID fatturazione |  | NPI (National Provider Identification) Tipo numero 2 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Orario di apertura |  |  | Provider attualmente praticanti |
| Lunedì |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Martedì |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Mercoledì |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Giovedì |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Venerdì |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Sabato |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Domenica |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Firma |  |  | Nome |  |
|  | Firma della persona che invia questo modulo |  |  | Nome della persona che invia questo modulo (stampato) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data della firma |  |  |  |  |  |
|  | MM |  | GG |  | AA |