

MARCA DA BOLLO

DA €. 16,00

DOMANDA PER OTTENERE IL VISTO DI CONGRUITA' SULLE PARCELLE

**AL CONSIGLIO DIRETTIVO
DELL'ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI DI
RAGUSA**

Il sottoscritto Dr. _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Cap _____ Cell. _____ iscritto nell'Albo dei Medici-Chirurghi
o degli Odontoiatri con posizione n. _____.

Specialista in _____,

fa presente che dal _____ ha effettuato in favore del
Sig. _____ residente in _____

Via _____ n. _____ Cap _____ le seguenti prestazioni professionali:

1) _____ €. _____

2) _____ €. _____

3) _____ €. _____

4) _____ €. _____

Totale onorario €. _____

Acconti Versati €. _____

Somma Residua €. _____

Poiché il paziente risulta tuttora insolvente, il sottoscritto chiede che Codesto Consiglio voglia esprimere il proprio giudizio circa la congruità dei predetti onorari.

Per parcelle di importo superiore a € 300,00, allegare: 1) consenso informato al trattamento debitamente firmato dal paziente, 2) preventivo di spesa debitamente firmato dal paziente.

Data

Firma
