Allegare marca
da Bollo € 16,00

Alla Commissione per gli iscritti
nell'Albo dei Medici Chirurghi/Odontoiatri
della provincia di Savona

RICHIESTA PARERE DI CONGRUITÀ

Il sottoscritto Dott. _____ residente in _____

Via _____n._____ cap _____ tel _____

iscritto nell'Albo professionale dei Medici Chirurghi al n. _____ degli Odontoiatri al n. _____

specialista in _____, fa presente che dal _____ al _____

ha effettuato in favore del Sig. _____ residente in_____

via _____ n. _____ cap _____ le seguenti prestazioni nello studio sito in

_____

Data	Prestazione	Importo
	Totale onorario	
	Acconti versati	
	Somma residua	

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

[ ] si allega copia del preventivo di spesa, sottoscritto dal paziente OPPURE:

[ ] non è stato sottoscritto un preventivo di spesa per i seguenti motivi: _____

_____

_____

Data ____/_____/_____

Firma _____