

BOLLO
€ 16,00

Alla Commissione per gli iscritti all'Albo
Medici della Spezia

RICHIESTA PARERE DI CONGRUITA'

Il sottoscritto dott. _____ Residente in _____

Via _____ Tel. _____ iscritto all'Albo dei

Medici/Odontoiatri con posizione n. _____ Specialista in _____

fa presente che dal _____ al _____ ha effettuato in favore del/della

Sig./Sig.ra _____ Residente in _____

Via _____ le seguenti prestazioni professionali:

1. _____ € _____
2. _____ € _____
3. _____ € _____
4. _____ € _____
5. _____ € _____
6. _____ € _____
7. _____ € _____
8. _____ € _____
9. _____ € _____
10. _____ € _____
11. _____ € _____
12. _____ € _____
13. _____ € _____
14. _____ € _____
15. _____ € _____

16.	_____	€ _____
17.	_____	€ _____
18.	_____	€ _____
19.	_____	€ _____
20.	_____	€ _____
21.	_____	€ _____
	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:

Inoltre:

- Ai sensi dell'art.3 lett.g) del DLCPS del 13.09.1946 n.233, **si richiede** che l'Ordine si interponga tentando di addivenire alla conciliazione della vertenza, tenuto conto che in caso di mancanza di accordo transattivi tra le parti, l'Ordine dovrà esprimere il suo parere sulla controversia stessa, svolgendo un'accurata istruttoria, richiedente i necessari tempi tecnici previsti dalle norme e regolamenti vigenti.
- Ai sensi dell'art.3 lett.g) del DLCPS del 13.09.1946 n.233, **non si richiede** all'Ordine di interporre per addivenire alla conciliazione della vertenza.

La Commissione per gli iscritti all'Albo dei Medici della Spezia, riunita presso la sede di Via Vittorio Veneto, 165, il giorno _____, ha approvato e vidimato la presente parcella presentata dal dott. _____, per prestazioni professionali in favore della Sig.ra/Sig. _____.

Esazione diritti di Segreteria € _____

La Spezia, _____

IL PRESIDENTE
(dott. Salvatore BARBAGALLO)