Marca
da bollo
€ 16,00

RICHIESTA PARERE DI CONGRUITA'

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PRATO.

Il sottoscritto Dott. ..... domiciliato a ..... in Via ..... n. ....., iscritto all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi e/o degli Odontoiatri con posizione n°....., fa presente che, dal ..... al ..... ha effettuato in favore del Sig. ..... **(1)** domiciliato a ..... in Via ..... n. ..... le seguenti prestazioni **(2):**

Data	Prestazione	Importo
.....	.....	€ .....
.....	.....	€ .....
.....	.....	€ .....
.....	.....	€.....
.....	.....	€.....
.....	.....	€.....
	Totale onorario	€ .....

Poichè il paziente risulta tuttora insolvente, il sottoscritto chiede che codesto Ordine voglia esprimere parere di congruità in merito ai predetti onorari.

◊ *Si allega copia della fattura Non quietanzata.*

Firma .....

(1) Nelle ipotesi in cui le prestazioni siano state effettuate per conto di altri (come ad esempio nel caso di minori, ai quali le prestazioni vengono rese per conto dei genitori) indicare anche il nominativo e l'abitazione dei medesimi.
(2) L'elencazione delle varie prestazioni deve essere puntuale con i relativi onorari indicati (ad esempio: n. 20 visite domiciliari € .....). Per prestazioni odontoiatriche indicare i quadranti (ad esempio: n.3 estrazioni --------- € .....). Se le prestazioni sono state rese presso una Casa di Cura privata indicare quale.