

All' Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di TERNI

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa
iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi o all'Albo degli Odontoiatri al numero di posizione,
con studio professionale in via
città Tel.

CHIEDE

che sia espresso parere di congruità sugli onorari relativi alle prestazioni eseguite in favore del/della
Sig./Sig.ra , rese dal al

Con osservanza

Firma e data

Allegare:

- parcella analitica delle prestazioni effettuate, dell'importo unitario e di quello complessivo, dei materiali utilizzati (per gli Odontoiatri)
- n. 2 marche da bollo da euro 16.

Dopo il rilascio del parere si dovrà effettuare il pagamento della tassa prevista dall'art. 4 del Dlgs. n. 233/1946.