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 e s.m.i.