

FAC-SIMILE

DOMANDA OPINAMENTO PARCELLE

(il testo va redatto su carta intestata con marca da bollo da € 16,00)

Alla Commissione per gli iscritti
nell'Albo dei Medici Chirurghi della provincia di Rimini

oppure

Alla Commissione per gli iscritti
nell'Albo degli Odontoiatri della provincia di Rimini

Il sottoscritto Dott.
residente in Via n.
c.a.p. tel mail
iscritto nell'Albo professionale dei Medici-Chirurghi / Odontoiatri con posizione n.
fa presente che dal al ha effettuato in favore del/della
Sig./Sig.ra residente in
Via n. c.a.p. le seguenti prestazioni professionali:

..... €
..... €
..... €
..... €

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.

Data,

Firma

** Nel caso di acconti allegare la fotocopia delle ricevute o fatture emesse.*