marca da bollo da **€ 14.62**

Alla Commissione per gli iscritti nell'Albo dei Medici-Chirurghi/Odontoiatri

RICHIESTA PARERE DI CONGRUITA'

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ il____/____/____ e residente a_____ in Via_____ n°_____ (cap._____), iscritto nell'Albo professionale Medici-Chirurghi al n°_____ specialista in _____ fa presente che dal_____ al_____ ha effettuato in favore della Ditta/del sign _____ residente in _____ Via _____ n°___ (cap._____) le seguenti prestazioni professionali:

N°prog.	Descrizione	Importo (€)	Parte riservata all'Ufficio

N°prog.	Descrizione	Importo (€)	Parte riservata all'Ufficio
____	_____		
	_____	_____	_____
____	_____		
	_____	_____	_____
____	_____		
	_____	_____	_____
____	_____		
	_____	_____	_____
____	_____		
	_____	_____	_____
____	_____		
	_____	_____	_____
	Totale onorari	_____	_____
	Acconti versati	_____	_____
	Somma residua	_____	_____

Dichiara altresì che le prestazioni sopra descritte sono state effettuate nella quantità indicata e che sono della qualità corrispondente agli onorari esposti

Poiché il paziente risulta a tuttora insolvente, il sottoscritto chiede che codesta Commissione voglia esprimere il proprio giudizio circa la congruetà dei predetti onorari.
Inoltre:

A

Ai sensi dell'art.3 lettera g del DLCPS n°233 del 13-09-1946 si richiede che l'ordine si interponga tentando di addivenire alla conciliazione della vertenza, tenuto conto che in caso di mancanza di accordo tra le parti l'Ordine dovrà esprimere il suo parere sulla controversia stessa, svolgendo una accurata istruttoria, richiedenti i necessari tempi tecnici previsti dalle norme e regolamento vigenti.

B

Ai sensi dell'art.3 lettera g del DLCPS n°233 del 13-09-1946, non si richiede all'Ordine di interporsi per addivenire alla conciliazione della vertenza

_____li ____/____/____

Timbro e firma