



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI IMPERIA

Marca da bollo di 16,00

RICHIESTA PARERE DI CONGRUITA'

ALLA COMMISSIONE ODONTOIATRI

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.196/2003

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge ex art.3 del DLCP 233/1946. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione. Ai sensi dell'art. 7 e 8 del D.Lgs. 196/2003 i diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi a

Alla Commissione per gli iscritti all'Albo degli odontoiatri dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di

Il/la sottoscritto/a Dr/ssa _____

Iscritto/a all'Albo degli odontoiatri di questa provincia al n _____ dal _____

Comunica che ha effettuato in favore del Sig. _____ residente _____ Via _____

N _____ cap _____ la/e prestazione/i professionale/i indicata/e in dettaglio:

1) _____ data dal ___ al _____ € _____

2) _____ data dal ___ al _____ € _____

3) _____ data dal ___ al _____ € _____

4) _____ data dal ___ al _____ € _____

5) _____ data dal ___ al _____ € _____

6) _____ data dal ___ al _____ € _____

7) _____ data dal ___ al _____ € _____

- 8) _____ data dal __ al _____ € _____
- 9) _____ data dal __ al _____ € _____
- 10) _____ data dal __ al _____ € _____
- 11) _____ data dal __ al _____ € _____
- 12) _____ data dal __ al _____ € _____
- 13) _____ data dal __ al _____ € _____
- 14) _____ data dal __ al _____ € _____
- 15) _____ data dal __ al _____ € _____

TOTALE ONORARIO € _____

ACCONTO € _____

TOTALE NON VERSATO € _____

Poiché il paziente risulta tuttora insolvente il sottoscritto chiede che la Commissione voglia esprimere il suo parere circa la congruità del/gli onorario/i indicato/i.

Data

Firma

- 1) L'elenco delle prestazioni deve essere dettagliato e con i relativi onorari indicati.
- 2) Allegare marca da bollo di € 16,00 per il parere emesso dall'Ordine.
- 3) L'Ordine applicherà sul totale delle prestazioni non versate una commissione del 5%