

Il sottoscritto Dott. _____

Con studio medico in _____ Via e n. _____

Iscritto/a all'Albo professionale dei/degli _____

C H I E D E

la verifica del messaggio pubblicitario su biglietti da visita, ricettari e timbri:

TESTO:

Data,

Firma (*)._____

(*): la presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (artt.30 e 38 DPR 28/12/2000 n.445)

PARTE RISERVATA ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI IMPERIA

Si esprime parere favorevole alla pubblicità nelle forme e limiti qui sopra indicati.

Il testo viene modificato come segue:

Imperia,

IL SEGRETARIO
(Dott.ssa Stefania Russo)