

ALLA COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI
NELL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI

RICHIESTA PARERE DI CONGRUITA'

Il sottoscritto Dott. _____ residente in _____ via
_____ n. ____ c.a.p. _____ tel. _____ iscritto all'Albo
professionale dei Medici Chirurghi/Odontoiatri con posizione n. _____ specialista in
_____ fa presente che dal _____ al _____ ha
effettuato in favore del Sig. _____ residente in _____

Via _____ n. ____ c.a.p. _____ le seguenti prestazioni :

1. _____ €.
2. _____ €.
3. _____ €.
4. _____ €.
5. _____ €.
6. _____ €.
7. _____ €.
8. _____ €.
9. _____ €.
10. _____ €.

TOTALE ONORARIO €.

ACCONTI VERSATI €.

SOMMA RESIDUA €.

Data, _____ FIRMA _____