

Applicare marca da bollo
di € 16,00 (D.P.R. 26.10.72)

ALLA COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI
NELL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ODONTOIATRI DELL'OMCeO DI FROSINONE

RICHIESTA PARERE DI CONGRUITÀ

Il sottoscritto Dott. _____ residente in _____ via
_____ n. ____ c.a.p. _____ tel. _____ iscritto all'Albo
professionale dei Medici Chirurghi/Odontoiatri con posizione n. _____ del _____ specialista
in _____, estremi della "Polizza Assicurativa Professionale Danni
Causati" _____ fa presente che nel periodo dal
_____ al _____ ha effettuato in favore del cliente Sig./Sig.ra

_____ 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

€. _____

Allego Fatture come da compensi pattuiti con il cliente, preventivo dettagliato o relazione schematica illustrativa dettagliata del lavoro da effettuare e dei relativi possibili oneri firmata dal cliente prima delle prestazioni.

Dichiaro che il cliente era consapevole delle cifre da me richieste relative alle prestazioni professionali già erogate.

Ai sensi art. 9, comma 4) della L. 27/2012 modificato dall'art. 1, comma 150) della L. 124/2017.

Data, _____ FIRMA _____