Marca da Bollo
€ 14,62

Alla Commissione per gli iscritti
nell'Albo dei Medici Chirurghi / Odontoiatri
della provincia di Genova

RICHIESTA PARERE CONGRUITA'

Il sottoscritto Dott. _____ residente in _____
via _____ n. _____ cap _____ tel. _____
iscritto nell'Albo professionale dei Medici Chirurghi al n. _____ degli Odontoiatri al n. _____,
specialista in _____, fa presente che dal _____ al _____ ha effettuato in favore del Sig. _____ residente in _____ via _____ n. _____ cap _____ le seguenti prestazioni nello studio sito in _____

Data	Prestazione	Importo

Totale Onorario	
Acconti Versati	
Somma residua	

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

Data ____/ ____/ _____ Firma _____