Marca da Bollo
16,00 euro

Al Signor Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna.

Oggetto: richiesta approvazione parcella.

Il sottoscritto Dott./Prof……..
Nato a……il……
Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi al n……..dal…….
Iscritto all'Albo degli Odontoiatri al n…….dal…….
Presso l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Bologna.
Residente a…….in Via……
Con studio sito in……..Via…….

C H I E D E

L'opinamento della seguente notula relativa a prestazioni sanitarie effettuate a favore del Sig……
Nato a……il……..
Residente a……in Via…….

La richiesta di convalida delle allegate parcelle professionali viene proposta ai sensi dell'art.3 lett.G del D.L.C.P.S. 13/9/46 n. 233 per procedere al recupero dei crediti con decreto ingiuntivo del Magistrato.
A tal fine presenta le relative parcelle in duplice copia:una in marca da bollo da 16,00 euro e l'altra in carta semplice.

Diario Clinico delle prestazioni odontoiatriche eseguite dal richiedente:

data	Tipo di prestazione

Riassunto delle prestazioni effettuate e relativo onorario professionale:

Quantità	Tipo di prestazione	Denti,sestante,quadrante	Onorario parziale	Onorario totale

- Terminologia possibilmente riferibile al tariffario minimo
- Indicare gli elementi dentari, sestanti o quadranti verificandone la corrispondenza con il diario clinico.

Il totale complessivo della notula ammonta a euro…….
Il paziente non ha versato alcun acconto……..
Il paziente ha versato acconti per una somma complessiva che ammonta a euro……
Risulta ancora pertanto inevasa la somma di euro……

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).

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

L'identità è stata accertata a mezzo……n……
Rilasciato il……da……

Data……… **Firma del legalizzante…….**
(qualifica professionale C2/B2)