

Applicare marca  
Da € 14,62

**ALLA COMMISSIONE PER GLI  
ISCRITTI NELL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI  
DELL'ORDINE DEI MEDICI C. E O. DI  
VERCELLI**

**RICHIESTA PARERE DI CONGRUITA'**

IL SOTTOSCRITTO DOTT. \_\_\_\_\_  
RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_  
N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ ISCRITTO NELL'ALBO PROFES-  
SIONALE DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI CON POSIZIONE N. \_\_\_\_\_ SPECIALISTA IN  
\_\_\_\_\_ FA PRESENTE CHE DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
HA EFFETTUATO IN FAVORE DEL SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_  
RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_  
N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ LE PRESTAZIONI DI CUI ALL'ALLEGATA SPECIFICA, PER UN  
IMPORTO TOTALE DI €. \_\_\_\_\_ (EVENTUALI ACCONTI FATTURATI €. \_\_\_\_\_)

**CHIEDE**

IL PARERE DI CONGRUITA' A CODESTA COMMISSIONE

POICHE' IL PAZIENTE RISULTA TUTTORA INSOLVENTE, IL SOTTOSCRITTO CHIEDE CHE CODESTA  
COMMISSIONE VOGLIA ESPRIMERE IL PROPRIO GIUDIZIO CIRCA LA CONGRUITA' DEI PREDETTI  
ONORARI.

IN FEDE

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

---

---

VISTO: SI APPROVA

VERCELLI,