

Marca
da
Bollo
€ 14.62

**Alla Commissione per gli Iscritti
nell'Albo dei Medici Chirurghi/Odontoiatri
della Provincia di Gorizia**

RICHIESTA PARERE CONGRUITA'

Il sottoscritto Dr..... residente in.....
Via..... n..... CAP..... Tel.....
Iscritto nell'Albo Professionale dei Medici-Chirurghi / degli Odontoiatri con posizione
n..... specialista in..... fa presente che dal.....
al.....ha effettuato in favore del Sig.....
residente in via..... n..... CAP.....
le seguenti prestazioni professionali:

		UFFICIO
1.	_____ € _____	_____
2.	_____ € _____	_____
3.	_____ € _____	_____
4.	_____ € _____	_____
5.	_____ € _____	_____
6.	_____ € _____	_____
7.	_____ € _____	_____
8.	_____ € _____	_____
9.	_____ € _____	_____
10.	_____ € _____	_____
11.	_____ € _____	_____
12.	_____ € _____	_____
13.	_____ € _____	_____
14.	_____ € _____	_____
15.	_____ € _____	_____
16.	_____ € _____	_____
17.	_____ € _____	_____
18.	_____ € _____	_____

19.	_____	€ _____	_____
20.	_____	€ _____	_____
21.	_____	€ _____	_____
22.	_____	€ _____	_____
23.	_____	€ _____	_____
24.	_____	€ _____	_____
25.	_____	€ _____	_____
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.

Inoltre:

- [a] Ai sensi dell'art.3 lett. g) del DLCPS del 13/09/1946 n. 233, **SI RICHIEDE** che l'Ordine si interponga tentando di addivenire alla conciliazione della vertenza, tenuto conto che in caso di mancanza di accordo transattivo tra le parti, l'Ordine dovrà esprimere il suo parere sulla controversia stessa, svolgendo un'accurata istruttoria, richiedente i necessari tempi tecnici previsti dalle norme e regolamenti vigenti.
- [b] Ai sensi dell'art. 3 lett. g) del 13/09/1946 n. 233, **NON SI RICHIEDE** all'Ordine di interporre per addivenire alla conciliazione della vertenza.

Data

Firma