

marca da bollo (€16,00)

**ALLA COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO
DEI MEDICI CHIRURGHI/ODONTOIATRI DI LIVORNO**

Il sottoscritto Dott. _____ residente
in _____ via _____ n. _____ cap. _____
tel. _____ iscritto nell'Albo professionale dei Medici-Chirurghi/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:

01. _____ € _____

02. _____ € _____

03. _____ € _____

04. _____ € _____

05. _____ € _____

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

NOTE PER LA COMPILAZIONE DELLA RICHIESTA DI GIUDIZIO DI CONGRUITA'

- **Indicare l'eventuale titolo di specializzazione che deve essere depositato in copia legale.**
- **Nell'ipotesi in cui le prestazioni siano effettuate per conto altri (ad esempio nel caso di minori, ai quali le prestazioni vengono rese per conto dei genitori) indicare anche il nominativo e l'abitazione dei medesimi.**
- **L'elencazione delle varie prestazioni deve essere puntuale con i relativi onorari indicati. E' necessario specificare gli elementi dentari (o le zone di intervento) ed il materiale eventualmente impiegato (es. n. 4 estrazioni _32/_23/_ (euro_____)). Se le prestazioni sono state rese presso una Casa di Cura privata indicare quale.**

AVVERTENZE

- **Riportare gli importi di eventuali acconti versati dal paziente che debbono essere comprovati esibendo copia della relativa ricevuta fiscale od in altro modo ritenuto idoneo.**
- **La domanda deve essere dattiloscritta (o redatta in stampatello) e in marca da bollo da euro 16,00.**
- **E' necessario allegare una marca da bollo da euro 16,00 che verrà applicata sul giudizio di congruità.**
- **La tassa dovuta all'Ordine per il rilascio dei pareri per la liquidazione degli onorari professionali è pari al 5% dell'onorario professionale globale.
Nel caso di parziale corresponsione di detto onorario, la suddetta aliquota viene computata sull'intero onorario.
L'importo deve essere versato alla presentazione della notula, mediante Bonifico bancario con le seguenti coordinate: BANCO DI SARDEGNA IBAN:
IT66E010151390000000020326 intestato all'ORDINE DEI MEDICI con indicazione della causale.**

N.B.: Se la domanda non è completa di tutte le informazioni richieste la Commissione non sarà in grado di esprimere parere di congruità.