



**DOMANDA CONGRUITA' PARCELLA**

Imposta di bollo  
€ 16,00

**ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI LATINA**

**Il/La sottoscritto/a**

Cognome

Nome

Medico Chirurgo

n. posizione

oppure

Odontoiatra

n. posizione

Dichiara di avere effettuato in favore del/la Sig./Sig.ra :

Cognome

Nome

Nel proprio studio oppure nella struttura sanitaria :

Sito/a in:

Comune

prov

cap

in

civ

nel periodo dal

 /  / 

al

 /  / 

le prestazioni che analiticamente riporto in allegato (per ciascuna visita :data, tipologia delle prestazioni e per ciascuna prestazione il relativo onorario).

Poiché il paziente risulta tuttora insolvente, il sottoscritto chiede che codesto Ordine voglia esprimere parere di congruità in merito ai predetti onorari.

Si dichiara che per le prestazioni descritte **c'è/non c'è stato** accordo sull'onorario al momento dell'incarico.

**Per il rilascio del parere è dovuta all'Ordine una tassa pari al 2% dell'importo (per parcelle inferiori o uguali a € 100,00), pari al 4% dell'importo (per parcelle superiori a € 100,00) da versare al momento del rilascio del parere stesso.**

**DATA**

**FIRMA**