Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Latina - Piazza Angelo Celli, 3 - 04100 Latina
Tel 0773/693665 - Fax 0773/489131 - info@ordinemedicilatina.it - www.ordinemedicilatina.it

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 ☐ 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) tramite il sistema di pagamento PagoPA, al momento del rilascio del parere stesso.

DATA **FIRMA**