



**QUESTO MODULO E' SOGGETTO A REVISIONE CONTINUA DI QUALITA'
PERTANTO SONO GRADITE PROPOSTE DI MODIFICA**



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



**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 parcella inferiori o uguali a € 100,00), pari al 4% dell'importo (per parcella superiori a € 100,00) da versare al momento del rilascio del parere stesso.

DATA

FIRMA