

RICHIESTA PARERE DI CONGRUITA'

**AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA
DI MASSA CARRARA**

Il sottoscritto Dott.
domiciliato a in Via
n., iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi e/o degli Odontoiatri con
posizione n....., fa presente che, dal al ha
effettuato in favore del Sig. **(1)** domiciliato a
..... in Via n. le seguenti
prestazioni **(2)**:

Data	Prestazione	Importo
.....
.....
.....
	Totale onorario

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

Il sottoscritto prende atto della informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE e accorda liberamente e volontariamente, ove richiesto, il consenso per le finalità indicate a che i propri dati personali possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazioni ai soggetti per gli adempimenti connessi all'incarico conferito. L'informativa sulla privacy è disponibile al link http://www.ordinedeimedici.org/public/informativa_privacy.pdf

Firma _____

(1) Nelle ipotesi in cui le prestazioni siano state effettuate per conto di altri, (come 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.

(2) L'elencazione delle varie prestazioni deve essere puntuale con i relativi onorari indicati (ad esempio: n. 20 visite domiciliari £.....). Per prestazioni odontoiatriche indicare i quadranti (ad esempio: n.3 estrazioni ----- £.....).

Se le prestazioni sono state rese presso una Casa di Cura privata indicare quale.

(3) Riportare gli importi di eventuali acconti versati dal paziente che debbono essere comprovati esibendo copia della relativa ricevuta fiscale o in altro modo ritenuto idoneo.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di Massa Carrara, riunito in seduta ordinaria presso la sede di Carrara in p.zza Matteotti 4, il giorno _____ ha approvato e vidimato la presente parcella presentata dal dott. _____ per prestazioni professionali in favore di _____

Esazione diritti di segreteria € _____

**IL PRESIDENTE
Dott. Carlo Manfredi**