

**Alla Commissione per gli iscritti nell'Albo dei
Medici Chirurghi/Odontoiatri di Macerata**

RICHIESTA PARERE CONGRUITA'

Il sottoscritto Dott. _____ residente in
_____ via _____ n. _____ cap _____ cell.
_____ email _____, iscritto nell'Albo professionale Medici-
Chirurghi/Odontoiatri al n. _____, specialista in _____, fa
presente che dal _____ al _____ ha effettuato in favore del Sig.
_____ residente in _____ via
_____ n. _____ le seguenti prestazioni nello studio sito in
_____ via _____ n. _____

Data	Prestazione	Importo

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 _____

N.B. Il visto è concesso, allegando due marche da bollo da € 16,00 previo pagamento del 3% sull'intero ammontare della nota spese, fino a € 10.329,14, e del 2% , oltre tale limite. Si prega di allegare copie della documentazione fiscale.