

Applicare
marca da bollo
Euro 14,62

**Al Consiglio Direttivo dell'Ordine dei
Medici Chirurghi e Odontoiatri
di Siena**

Il sottoscritto Dott. _____ residente in
_____ Via _____ n. _____
cap _____ tel. _____ iscritto nell'Albo professionale dei Medici-Chirurghi
della provincia di Siena in data _____ con posizione n. _____ specialista in
_____ fa presente che dal _____ al
_____ ha effettuato in favore del Sig. _____ residente
in _____ Via _____ n. _____ cap _____

le seguenti prestazioni professionali:

1. _____ Euro _____
 2. _____ Euro _____
 3. _____ Euro _____
 4. _____ Euro _____
 5. _____ Euro _____
 6. _____ Euro _____
 7. _____ Euro _____
 8. _____ Euro _____
 9. _____ Euro _____
 10. _____ Euro _____
- TOTALE ONORARIO Euro _____
- ACCONTI VERSATI Euro _____
- SOMMA RESIDUA Euro _____

Poiché il paziente risulta tuttora insolvente, il sottoscritto chiede che codesta Commissione voglia esprimere il proprio giudizio circa la congruità dei predetti onorari.

Data _____

Il Dichiarante _____