

Marca da Bollo
€ 16,00

Alla Commissione per gli iscritti nell'albo degli Odontoiatri

Il sottoscritto Dott. _____ residente in
_____ Via _____ n. _____ cap _____
tel. _____ iscritto nell'Albo professionale degli Odontoiatri della provincia di
Siena in data _____ con posizione n. _____ 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 _____