

Marca da Bollo
€ 16,00

**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 _____