ALLA COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI
ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI LECCE

Marca da bollo

€ 16,00

RICHIESTA PARERE CONGRUITÀ

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa _____

domiciliato a_____ in Via _____ n. ___, iscritto/a all'Albo professionale dei Medici Chirurghi e/o degli Odontoiatri con posizione n. _____, fa presente che, dal_____ al _____ ha effettuato in favore del Sig./Sig.ra _____ _____ domiciliato/a a _____ in Via _____ _____ n. _____ le seguenti prestazioni:

Data	Prestazione	Importo
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____

Totale onorario € _____

- **ALLEGO documentazione attestante tutta l'attività svolta; preventivi; fatture.**

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 _____

AVVERTENZE:

- N. 1 marca da bollo da **€ 16,00** per richiesta di parere di congruità.
- N. 1 marca da bollo da **€ 16,00** per rilascio del parere;
- Copia del versamento della tassa per il rilascio dei pareri per la liquidazione degli onorari professionali pari al **5% dell'onorario globale** da versarsi presso Intesa Sanpaolo S.p.A.
  Codice IBAN: IT54N0306904013100000300034
  Intestato a: Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Lecce
  Causale: Tassa per il rilascio del parere di congruità.