

**AI PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE ISCRITTI ALBO MEDICI CHIRURGHI  
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI PADOVA**

Con la presente chiedo l'approvazione di n. ....parcelle per prestazioni mediche da me eseguite ed a tutt'oggi rimaste insolute.

**Allego:**

1. parcella con descrizione dettagliata delle prestazioni effettuate e concordate con il/la Sig./a o con la Ditta .....
2. n. .... marche da euro 14,62 (non incollare);

Padova, .....

Firma .....

**“FAC-SIMILE”  
da presentare su carta intestata dello Studio Medico**

**Specificare voce per voce le prestazioni eseguite, indicando accanto l'importo.**

**Intestazione dello Studio**

**Cognome e Nome del Paziente  
O della Ditta  
  
Indirizzo**

**Per mie prestazioni mediche a Lei eseguite dal ..... al .....**;

<b>1 - .....</b>	<b>€. ....</b>
<b>2 - .....</b>	<b>€. ....</b>
<b>3 - .....</b>	<b>€. ....</b>

**Eventuali acconti ..... €. ....**

**T O T A L E                      €. ....**

**Come da preventivo da Lei accettato.**

**Firma .....**

data .....