

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

Con la presente chiedo la vidimazione di n.parcelle per prestazioni odontoiatriche 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
2. n. marche da euro 14,62 (lasciare sciolta)

Padova,

Firma

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

Note alla corretta compilazione del Modulo:

Specificare voce per voce le prestazioni eseguite, riportando a fianco ad ognuna di esse l'importo corrispondente.

Per garantire una definizione uniforme delle prestazioni riportate nella parcella le stesse dovranno essere conformi a quelle presenti nel Nomenclatore odontoiatrico (approvato dall'Assemblea dei Presidenti delle Commissioni Albo Odontoiatri nel giugno del 2008 ed è scaricabile dal sito: www.omco.pd.it/odontoiatri.htm sezione approfondimenti o consultabile presso gli Uffici di Segreteria).

Intestazione dello Studio

Cognome, Nome e Indirizzo del Paziente

Per mie prestazioni odontoiatriche a Lei eseguite dal al

| | |
|-----------|---------|
| 1 - | € |
| 2 - | € |
| 3 - | € |

Eventuali acconti €

T O T A L E €

Come da preventivo da Lei accettato.

data

Firma