

INFORMATIVA BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 -13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di PADOVA, in qualità di "Titolare del Trattamento", fornisce al richiedente le dovute informazioni in ordine al trattamento dei dati personali richiesti nella "**Domanda di vidimazione parcelle**", la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento dei conseguenti obblighi normativi e amministrativi. Per rispondere a qualunque richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 e 14 che è presente nella apposita sezione del sito internet dell'Ordine www.omco.pd.it.

Il sottoscritto _____ presa conoscenza del contenuto dell'informativa estesa resa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), **dichiara** di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

Data _____

Firma _____

AI PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE ISCRITTI ALBO MEDICI CHIRURGHI DELLA PROVINCIA DI PADOVA

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

Cellulare e/o Tel. _____

e-mail _____ Pec _____

chiedo la vidimazione di parcella 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 Ditta.....indirizzo completo.....
2. Preventivo di spesa sottoscritto dal paziente

3. Documentazione necessaria per la corretta valutazione dell'attività professionale svolta (a mero titolo esemplificativo: documentazione sanitaria esaminata, eventuali relazioni redatte, etc)
4. Indicazione del criterio utilizzato per il calcolo dell'onorario richiesto (a mero titolo esemplificativo: tariffa oraria, forfettaria, riferimento di massima a tariffario di categoria ove esistente etc)
5. Marca da euro 16,00

Padova,

Firma

Fac-simile da preparare su carta intestata dello studio

**Alla Commissione per gli iscritti all' Albo Medici
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Padova**

Il/la sottoscritto/a Dr/ssa _____

Iscritto/a all' Albo dei Medici Chirurghi di questa provincia al n..... dal

Comunica che ha effettuato in favore del Sig.

residentecap Vian.

le prestazioni professionali indicate in dettaglio effettuate dal al:

1 -	Euro.....
2 -	Euro.....
3 -	Euro.....
4 -	Euro.....

Acconti versati	Euro.....
-----------------	-----------

TOTALE ONORARIO	Euro
-----------------	------------

Poiché il debitore risulta tuttora insolvente il sottoscritto chiede che la Commissione voglia esprimere il suo parere circa la congruità degli onorari indicati, sulla base della documentazione allegata alla presente, sotto propria responsabilità.

Data

Timbro e Firma

Note:

1. Per prestazioni effettuate per conto d'altri Indicare nominativo del professionista
2. Allegare marca da bollo Euro 16,00 (non incollare)
3. Al ritiro della parcella si dovranno versare i diritti di segreteria come stabilito dal Consiglio

Direttivo dell'Ordine con Delibera n. 170 del 18/12/2002:

10 Euro per onorari fino all'importo di 5.000 Euro

20 Euro per onorari di importo superiore a 5.000 Euro