

RICHIESTA PARERE CONGRUITA'

ALLA COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI
ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGI

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

residente a _____ prov. _____ ;

in via _____, tel. _____ ;

iscritto nell'Albo Professionale dei Medici Chirurghi della Provincia di Catania con posizione

numero _____, specialista in _____

fa presente che dal _____ al _____ ha

effettuato in favore del Sig. _____

residente in _____ ;

via _____ le seguenti prestazioni professionali :

		parte riservata all'Ufficio
N. 1 visita medica	↳ _____	_____
N. 2 _____	↳ _____	_____
N. 3 _____	↳ _____	_____
N. 4 _____	↳ _____	_____
N. 5 _____	↳ _____	_____
N. 6 _____	↳ _____	_____
N. 7 _____	↳ _____	_____
N. 8 _____	↳ _____	_____
N. 9 _____	↳ _____	_____
N. 10 _____	↳ _____	_____

TOTALE ONORARIO	l	_____	_____
ACCONTI VERSATI	l	_____	_____
SOMMA RESIDUA	l	_____	_____

Poiché il paziente risulta tuttora insolvente, il sottoscritto chiede che codesta Commissione voglia esprimere il proprio giudizio circa la congruità dei predetti onorari.

Inoltre :

Ai sensi dell'art.3 lett. g) del DLCPS del 13/09/46 n. 233, **si richiede** che l'Ordine si interponga tentando di addivenire alla conciliazione della vertenza, tenuto conto che in caso di mancanza di accordo transattivo tra le parti, l'Ordine dovrà esprimere il suo parere sulla controversia stessa, svolgendo un'accurata istruttoria, richiedente i necessari tempi tecnici previsti dalla norma e regolamenti vigenti.

Ai sensi dell'art. 3 lett. g) del DLCPS del 13/09/46 n. 233, **non si richiede** all'Ordine di interporci per addivenire alla conciliazione della vertenza.

Data _____

FIRMA _____