

***RICHIESTA PARERE CONGRUITA'***

***ALLA COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI  
NELL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI***

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ ;  
in via \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ ;  
iscritto nell'Albo Professionale degli Odontoiatri della Provincia di Catania con posizione  
numero \_\_\_\_\_,  
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 odontoiatrica	€ _____	_____
N. 2 _____	€ _____	_____
N. 3 _____	€ _____	_____
N. 4 _____	€ _____	_____
N. 5 _____	€ _____	_____
N. 6 _____	€ _____	_____
N. 7 _____	€ _____	_____
N. 8 _____	€ _____	_____
N. 9 _____	€ _____	_____
N. 10 _____	€ _____	_____

TOTALE ONORARIO	€ _____	_____
ACCONTI VERSATI	€ _____	_____
SOMMA RESIDUA	€ _____	_____

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 interpersi per addivenire alla conciliazione della vertenza.

**Data** \_\_\_\_\_

***FIRMA*** \_\_\_\_\_