Marca da
Bollo
€ 16,00

ALLA COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI
ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI
DELLA PROVINCIA DI PARMA

Il sottoscritto DOTT. _____

iscritto nell'Albo professionale dei Medici Chirurghi n._____

Specialista in _____

CHIEDE

Visto di equità per le prestazioni eseguite al

Sig._____

Residente a _____Via _____

Presso il proprio studio sito in _____

Per un totale di €_____**come da prospetto allegato.**

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 lettera 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 dalle norme e dai regolamenti vigenti.

☐ ai sensi dell'art. 3 lettera g) del DLCPS del 13/09/46 n. 233 non si richiede all'Ordine di interporsi per addivenire alla conciliazione della vertenza.

Data_____ Firma_____

Note

a) Il prospetto da allegare alla domanda deve contenere l'elencazione delle varie prestazioni deve essere puntuale con i relativi onorari indicati.

a) Riportare gli importi di eventuali acconti versati dal paziente.

b) La tassa dovuta all'Ordine per il rilascio dei pareri per la liquidazione degli onorari Professionali è pari a € 30,00 fino a € 500,00 di onorario e € 100,00 oltre i 500,00 € di onorario.

c) Allegare una marca da bollo da € 16,00 da apporre sul parere che verrà rilasciato dall'Ordine.

PROSPETTO PRESTAZIONI ESEGUITE

AL SIG._____

	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	TARIFFA	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Firma_____