

**FAC-SIMILE ISCRITTI ALBO MEDICI CHIRURGHI**

**DA COMPILARE A MACCHINA OPPURE IN STAMPATELLO SU CARTA  
INTESTATA DI QUESTO FORMATO E SOLO SULLA PRIMA FACCIATA**

**COGNOME E NOME DEL MEDICO**

Marca  
da  
bollo

Alla Commissione Medici Chirurghi  
dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
Via Pisacane, 21

**ALESSANDRIA**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

iscritto all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi, con la presente chiede il previsto  
parere di congruità ai sottoelencati onorari dovuti dal Signor \_\_\_\_\_

per prestazioni professionali eseguite dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

presso il proprio studio sito in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

⇒  
⇒  
⇒  
⇒  
⇒  
⇒

**ELENCO DETTAGLIATO DELLE PRESTAZIONI CON IL RELATIVO  
IMPORTO PER CIASCUNA DI ESSE**

Totale € \_\_\_\_\_

Eventuali acconti corrisposti € \_\_\_\_\_

Dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono  
destinati i dati personali ai sensi del D.Lgs.196/2003 e successive modificazioni e di  
esprimere il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_