

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI PISA

RICHIESTA PARERE DI CONGRUITA'

AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PISA.

Il sottoscritto Dott. domiciliato a
..... in Via n., iscritto all'Albo
professionale dei Medici Chirurghi e/o degli Odontoiatri con posizione n....., fa presente che, dal
..... al ha effettuato in favore del Sig. (1)
domiciliato a in Via n. le seguenti
prestazioni (2):

Data	Prestazione	Importo
.....
.....
.....
Totale onorario		

Poichè il paziente risulta tuttora insolvente, il sottoscritto chiede che codesto Ordine voglia esprimere parere di congruità in merito ai predetti onorari.

Pisa,.....

Firma

(1) Nelle ipotesi in cui le prestazioni siano state effettuate per conto di altri, (come ad esempio nel caso di minori, ai quali le prestazioni vengono rese per conto dei genitori) indicare anche il nominativo e l'abitazione dei medesimi.

(2) L'elencazione delle varie prestazioni deve essere puntuale con i relativi onorari indicati (ad esempio: n. 20 visite domiciliari £.....). Per prestazioni odontoiatriche indicare i quadranti (ad esempio: n.3 estrazioni ----- £.....).

Se le prestazioni sono state rese presso una Casa di Cura privata indicare quale.

La domanda deve essere presentata in bollo da € 14,62, Per il rilascio del parere è dovuta all'Ordine una tassa pari al 3% dell'onorario globale da versarsi al momento del rilascio del parere stesso. Nel caso in cui il parere riguardi prestazioni rese in equipe, ogni sanitario che ha partecipato all'atto medico dovrà avanzare individualmente la richiesta del parere.