

**ALLA COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI NELL' ALBO DEGLI ODONTOIATRI  
DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI  
ODONTOIATRI DEL VERBANO-CUSIO-OSSOLA**

28921 – Verbania (VB) – Corso Cobianchi 62/B – tel. 0323 516646  
e-mail [segreteria@medvco.it](mailto:segreteria@medvco.it) pec [ordinemedicivco@pec.medvco.it](mailto:ordinemedicivco@pec.medvco.it)

Il sottoscritto Dott. ....

iscritto all'Albo Professionale dei .....  
(Medici Chirurghi o Odontoiatri)

Specialista in .....

con la presente elenca gli onorari dovuti dal Signor .....

per prestazioni professionali eseguite dal ..... al .....

presso il proprio studio sito in .....

**Poiché il paziente risulta insolvente, il sottoscritto chiede che codesta Commissione voglia  
esprimere il proprio giudizio circa la congruità degli onorari allegati in copia**

TOTALE PRESTAZIONI PROFESSIONALI €. ....

EVENTUALI SPESE €. ....

EVENTUALI ACCONTI CORRISPOSTI €. ....

TOTALE AD AVERE €. ....

Data .....

FIRMA .....

**Si prega di allegare alla presente l'elenco dettagliato delle prestazioni effettuate con relative  
date e importi, in duplice copia e su carta intestata e numero 2 marche da bollo da €. 16,00.**