

MARCA DA BOLLO
€ 14,62

Bologna,

- **AL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE MEDICA DELL'ALBO DEI MEDICI
CHIRURGHI DELL'ORDINE DEI MEDICI DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA
DI BOLOGNA**

OGGETTO: Richiesta approvazione parcella.

Il sottoscritto Dott./Prof.....

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi al n.....

Dal.....specialista in.....

Con studio medico sito in.....

Via.....

CHIEDE

L'approvazione della presente parcella per prestazioni sanitarie erogate a favore di:

.....

data prestazione	prestazione secondo le voci del tariffario D.P.R. 17.2.1992	importo singola prestazione
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

importo
singola
prestazione

[illegible]

Firma (*):.....

Firma del legalizzante.....
(qualifica professionale C1/B2)