

Richiesta parere pubblicità Sanitaria strutture complesse

(in carta libera)

**ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
Via G.Zaccherini Alvisi, 4
40138 BOLOGNA**

Il sottoscritto Dr.....

Nato a.....Prov.....il.....

Residente a.....Prov.....

In Via.....n.....

Tel..... e mail.....

Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di.....

All'Albo: () Medici Chirurghi () Odontoiatri

Specialista in:.....

Direttore Sanitario della struttura:.....

Sita in.....Via.....

Autorizzato all'esercizio e funzionamento con autorizzazione del Sindaco del Comune di

..... prot. n.....del.....

chiede

la verifica della rispondenza alla disciplina normativa e deontologica vigente dell'allegato
messaggio pubblicitario:

.....

.....

PUBBLICITA' SANITARIA MEDIANTE:

INSEGNA () TARGA () ELENCO TELEFONICO () PAGINE GIALLE ()

PAGINE UTILI MONDADORI ()

**STAMPA ATTRAVERSO PERIODICI DESTINATI ESCLUSIVAMENTE AGLI
ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE E ATTRAVERSO GIORNALI QUOTIDIANI
E PERIODICI DI INFORMAZIONE E LE EMITTENTI RADIOTELEVISIVE LOCALI ()**

Data..... Firma (*).....

(*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (artt.30 e 38 DPR 28/12/2000 n.445)

.....
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

L'identità personale è stata accertata a mezzo.....

n.....rilasciato il.....

da.....scadenza.....

Data.....

**FIRMA DEL LEGALIZZANTE
(qualifica professionale C2/B2)**

.....

Richiesta parere pubblicità Sanitaria singolo professionista

(in carta libera)

**ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
Via G.Zaccherini Alvisi, 4
40138 BOLOGNA**

Il sottoscritto Dr.....

nato a.....Prov.....il.....

residente a.....Prov.....

in Via.....n.....

Tel..... e mail.....

Studio inProv.....

Via.....n.....

Autorizzato all'esercizio e funzionamento con autorizzazione del Sindaco del Comune di

(per gli studi per i quali è prevista).....prot.n.....

del.....

Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di

All'Albo () Medici Chirurghi () Odontoiatri

n..... n.....

chiede

la verifica della rispondenza alla disciplina normativa e deontologica vigente dell'allegato
messaggio pubblicitario:

.....
.....
.....

TARGA () ELENCO TELEFONICO () PAGINE GIALLE ()

PAGINE UTILI MONDADORI ()

STAMPA ATTRAVERSO PERIODICI DESTINATI ESCLUSIVAMENTE AGLI
ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE E ATTRAVERSO GIORNALI QUOTIDIANI
E PERIODICI DI INFORMAZIONE E LE EMITTENTI RADIOTELEVISIVE LOCALI ()

Data..... Firma (*).....

(*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine,
ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (artt.30 e
38 DPR 28/12/2000 n.445)

.....
**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI
BOLOGNA**

L'identità personale è stata accertata a mezzo.....

n..... rilasciato il.....

Da..... scadenza.....

Data.....

FIRMA DEL LEGALIZZANTE
(qualifica professionale C2 / B2)

.....