

Le parcelle vistate saranno consegnate dietro presentazione della ricevuta dei diritti di liquidazione da versare sul c/c bancario 12771 - IBAN: IT38A0335901600100000012771 - intestato a Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Novara - causale: diritti di liquidazione parcella Dott.

MODULO PER VISTI PARCELLE ODONTOIATRI

Ala **Commissione Odontoiatri**
dell'Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri di
NOVARA

Il sottoscritto Dott.....

chiede a codesta spettabile Commissione il visto sulla parcella relativa al/alla Sig./Sig.ra

..... Via.....CITTA'.....

<u>DATA</u>	<u>DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONE</u> (elemento trattato e materiali utilizzati)	<u>IMPORTO</u>
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....

PER UN TOTALE DI €.....

Data,

FIRMA