

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

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

Il sottoscritto Dott.....
chiede a codesta spettabile Commissione il visto sulla parcella relativa a
..... Via..... Città

<u>DATA</u>	<u>DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONE</u>	<u>IMPORTO</u>
-------------	--------------------------------------	----------------

.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....

PER UN TOTALE DI €.....

Data,

FIRMA