

marca da bollo €. 16,00

Alla Commissione per gli iscritti
all'albo dei medici-chirurghi/odontoiatri di
ANCONA

Oggetto: richiesta di valutazione congruità.

Il sottoscritto dr. _____

residente in _____ via _____

n° _____ CAP _____ tel. _____ iscritto nell'albo

professionale dei medici-chirurghi/odontoiatri con posizione n° _____ specialista in

_____ fa presente che dal _____ al

_____ ha effettuato in favore del Sig./Sig.ra

residente in _____ via _____

n° _____ CAP _____ le seguenti prestazioni professionali (in maniera

dettagliata).

01. _____ € _____

02. _____ € _____

03. _____ € _____

04. _____ € _____

05. _____ € _____

06. _____ € _____

07. _____ € _____

08. _____ € _____

09. _____ € _____

10. _____ € _____

11. _____ € _____

12. _____ € _____

13. _____ € _____

14. _____ € _____
15. _____ € _____
16. _____ € _____
17. _____ € _____
18. _____ € _____
19. _____ € _____
20. _____ € _____
21. _____ € _____
22. _____ € _____
23. _____ € _____
24. _____ € _____

TOTALE ONORARIO € _____

ACCONTI VERSATI € _____

SOMMA RESIDUA € _____

Poiché il paziente risulta tuttora insolvente, il sottoscritto chiede che codesta Commissione voglia esprimere il proprio giudizio circa la congruità dei predetti onorari.

Inoltre:

- a) Ai sensi dell'art. 3 lettera g) del DLCPS del 13/9/1946 n°233, si richiede che l'Ordine si interponga tentando di addivenire alla conciliazione della vertenza tenuto conto che in caso di mancanza di accordo transattivo tra le parti, l'Ordine dovrà esprimere il suo parere sulla controversia stessa, svolgendo un'accurata istruttoria, richiedente i necessari tempi tecnici previsti dalle norme e regolamenti vigenti.
- b) Ai sensi dell'art. 3 lettera g) del DLCPS del 13/9/1946 n°233, non si richiede all'Ordine di interpersi per addivenire alla conciliazione della vertenza.

firma _____

VALUTAZIONE PARCELLE

AVVERTENZE

MODALITA' DI COMPILAZIONE

- A) Riportare gli importi di eventuali acconti versati dal paziente che debbono essere comprovati esibendo copia della relativa ricevuta fiscale od in altro modo ritenuto idoneo.
- B) La domanda deve essere dattiloscritta (o redatta in stampatello) in bollo.
- C) E' necessario allegare una marca da bollo da **€. 16,00**.
- D) Per il ritiro della pratica presentare l'attestazione del versamento riportante la seguente causale "Tassa per il rilascio dei pareri per la liquidazione degli onorari professionali" pari al 2% dell'onorario professionale globale (**con un minimo di €. 25,82**).
Tale versamento dovrà effettuarsi sul
C/C bancario (**IBAN: IT 85 A 01030 02600 000000988810**) intestato all'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri della provincia di Ancona – Via Buonarroti, 1 60125 Ancona - presso la Banca Monte dei Paschi di Siena – Via S. Martino, 27 – Ancona
Nel caso di parziale corresponsione di detto onorario, la suddetta aliquota viene computata sulla parte di onorario non ancora corrisposto.

N.B. – *Se la domanda non è completa di tutte le informazioni richieste la Commissione **non** sarà in grado di esprimere una valutazione di congruità secondo scienza e coscienza.*