



ALLA COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI
ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI

RICHIESTA PARERE CONGRUITA'

Il sottoscritto Dott./Prof. _____

residente in _____

Via _____ n. _____ cap _____

Tel. _____ Tel. Studio _____ Fax _____

cell. _____ e-mail _____

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi / Odontoiatri con posizione n. _____

specialista in _____ fa presente che

dal _____ al _____ ha effettuato in favore del

Sig. _____

residente in _____ via _____

n. _____ cap _____ le seguenti prestazioni professionali :

1. _____ € _____ ;
2. _____ € _____ ;
3. _____ € _____ ;
4. _____ € _____ ;
5. _____ € _____ ;
6. _____ € _____ ;
7. _____ € _____ ;
8. _____ € _____ ;
9. _____ € _____ ;
10. _____ € _____ ;
11. _____ € _____ ;
12. _____ € _____ ;
13. _____ € _____ ;

14. _____ € _____ ;
15. _____ € _____ ;
16. _____ € _____ ;
17. _____ € _____ ;
18. _____ € _____ ;
19. _____ € _____ ;
20. _____ € _____ ;
21. _____ € _____ ;
22. _____ € _____ ;
23. _____ € _____ ;
24. _____ € _____ ;
25. _____ € _____ ;
26. _____ € _____ ;
27. _____ € _____ ;
28. _____ € _____ ;
29. _____ € _____ ;
30. _____ € _____ ;
31. _____ € _____ ;
32. _____ € _____ ;
33. _____ € _____ ;
34. _____ € _____ ;
35. _____ € _____ ;
36. _____ € _____ ;
37. _____ € _____ ;
38. _____ € _____ ;
39. _____ € _____ ;
40. _____ € _____ ;
41. _____ € _____ ;
42. _____ € _____ ;
43. _____ € _____ ;
44. _____ € _____ ;
45. _____ € _____ ;
46. _____ € _____ ;
47. _____ € _____ ;
48. _____ € _____ ;
49. _____ € _____ ;

50.	_____	€ _____;
51.	_____	€ _____;
52.	_____	€ _____;
53.	_____	€ _____;
54.	_____	€ _____;
55.	_____	€ _____;
56.	_____	€ _____;
57.	_____	€ _____;
58.	_____	€ _____;
59.	_____	€ _____;
60.	_____	€ _____;
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.

Data _____

FIRMA

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Perugia, nella seduta del _____, su conforme parere della Commissione _____, ha ritenuto che la presente parcella onorari del Prof./Dott. _____ è congrua .

Perugia, _____

IL PRESIDENTE
(Dott.ssa Verena De Angelis)

ALLA COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI
ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI

RICHIESTA PARERE CONGRUITA'

Il sottoscritto Dott/Prof _____

residente in _____

Via _____ n. _____ cap _____

Tel. _____ Tel. Studio _____ Fax _____

cell. _____ e-mail _____

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi / Odontoiatri con posizione n. _____

specialista in _____ fa presente che

dal _____ al _____ ha effettuato in favore del

Sig. _____

residente in _____ via _____

n. _____ cap _____ le seguenti prestazioni professionali :

1. _____ € _____ ;
2. _____ € _____ ;
3. _____ € _____ ;
4. _____ € _____ ;
5. _____ € _____ ;
6. _____ € _____ ;
7. _____ € _____ ;
8. _____ € _____ ;
9. _____ € _____ ;
10. _____ € _____ ;
11. _____ € _____ ;
12. _____ € _____ ;
13. _____ € _____ ;
14. _____ € _____ ;
15. _____ € _____ ;
16. _____ € _____ ;

17. _____ € _____ ;
18. _____ € _____ ;
19. _____ € _____ ;
20. _____ € _____ ;
21. _____ € _____ ;
22. _____ € _____ ;
23. _____ € _____ ;
24. _____ € _____ ;
25. _____ € _____ ;
26. _____ € _____ ;
27. _____ € _____ ;
28. _____ € _____ ;
29. _____ € _____ ;
30. _____ € _____ ;
31. _____ € _____ ;
32. _____ € _____ ;
33. _____ € _____ ;
34. _____ € _____ ;
35. _____ € _____ ;
36. _____ € _____ ;
37. _____ € _____ ;
38. _____ € _____ ;
39. _____ € _____ ;
40. _____ € _____ ;
41. _____ € _____ ;
42. _____ € _____ ;
43. _____ € _____ ;
44. _____ € _____ ;
45. _____ € _____ ;
46. _____ € _____ ;
47. _____ € _____ ;
48. _____ € _____ ;
49. _____ € _____ ;
50. _____ € _____ ;
51. _____ € _____ ;
52. _____ € _____ ;

53.	_____	€ _____;
54.	_____	€ _____;
55.	_____	€ _____;
56.	_____	€ _____;
57.	_____	€ _____;
58.	_____	€ _____;
59.	_____	€ _____;
60.	_____	€ _____;
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.

Data _____

FIRMA _____

AVVERTENZE:

- Riportare gli importi di eventuali acconti versati dal paziente da comprovare seguendo copia della relativa ricevuta fiscale o in altro modo ritenuto idoneo.
- La richiesta di parere di congruità deve essere dattiloscritta o redatta in stampatello su duplice modello allengando una marca da bollo da € 16,00.
- La tassa per il rilascio dei pareri per la liquidazione degli onorari professionali è fissata in € 25 sino all'onorario di € 258,23; da € 258,23 a € 1032,91 è pari al 5% e, comunque, non inferiore a € 25; da € 1.032,91 a € 5.164,57 è pari al 3% e, comunque, non inferiore a € 51,65, oltre a € 5.164,57 è pari al 2% e, comunque non inferiore a € 103,29.
- Al momento del deposito della richiesta di parere di congruità deve essere versata la somma di € 25 da imputarsi alla tassa da pagare all'atto del ritiro del parere medesimo.

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA**

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Perugia, nella seduta del _____, su conforme parere della Commissione _____, ha ritenuto che la presente parcella onorari del Prof./Dott. _____ è congrua.

Perugia, _____

IL PRESIDENTE
(Dott.ssa Verena De Angelis)

**ALLEGATO ALLA RICHIESTA DI
PARERE DI CONGRUITA'**

Io sottoscritto Dott./Prof. _____

residente in _____

Via _____ n. _____ cap _____

in merito alla richiesta di parere di congruità per l'onorario esatto in riferimento alle prestazioni
effettuate al/alla Sig./Sig.ra _____ dal _____ al _____

- ALLEGO preventivo scritto delle prestazioni che dichiaro essere stato regolarmente consegnato al paziente

ovvero

- DICHIARO¹ di non aver consegnato preventivo scritto al paziente ma che egli era informato del preventivo in quanto _____

ovvero

- DICHIARO² di non aver potuto informare il paziente del costo delle prestazioni in quanto

Data _____

FIRMA

¹ Inserire motivazioni se esistenti (es. preventivo comunicato a voce, ovvero prestazioni analoghe già effettuate in passato ecc.)

² Inserire eventuali motivazioni che aiutino a meglio comprendere le tariffe applicate (es.: particolare complessità, difficoltà incontrate, particolari agevolazioni fornite ecc.)