

Bollo
€ 16,00

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

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.		€		;

TOTALE ONORARIO

€

ACCONTI VERSATI

€

SOMMA RESIDUA

€

➤ **ALLEGRO preventivo scritto delle prestazioni consegnato al paziente e firmato da quest'ultimo per accettazione.**

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)

N.B.

Con il **D.L. 24 gennaio 2012, n. 1**, successivamente convertito in legge, con modificazioni, dalla **L. 24 marzo 2012, n. 27** e, in seguito, con la **L. 4 agosto 2017, n. 124**, è stato introdotto, per tutti coloro che esercitano professioni regolamentate, **l'obbligo di presentazione al paziente del preventivo scritto** o in forma digitate, al momento del conferimento dell'incarico.

Per quanto detto nel caso di richiesta all'Ordine del parere di congruità della parcella **l'iscritto è tenuto a presentare il preventivo firmato dal paziente.**

AVVERTENZE:

- Riportare gli importi di eventuali acconti versati dal paziente.
- La richiesta di parere di congruità deve essere dattiloscritta o redatta in stampatello allegando 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 **€ 500,00**; da **€ 501,00** a **€ 1032,91** è pari al **5%**; 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.