

Marca da bollo
€ 16,00

Alla Commissione
per gli iscritti all'Albo Medici Chirurghi
della provincia di Sassari

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ in _____
iscritto/a all'Albo Medici Chirurghi di codesto Ordine al numero _____

con specializzazione in _____
fa presente che dal _____ al _____ ha effettuato in favore del/della
Sig./Sig.ra _____, le seguenti prestazioni professionali:

(N.B. le prestazioni professionali devono essere indicate dettagliatamente)

1.	_____	€ _____
2.	_____	€ _____
3.	_____	€ _____
4.	_____	€ _____
5.	_____	€ _____
6.	_____	€ _____
7.	_____	€ _____
8.	_____	€ _____
9.	_____	€ _____
10.	_____	€ _____

Totale onorario € _____

Acconti versati € _____

Somma residua € _____

CHIEDE

che Codesta Commissione voglia esprimere il proprio giudizio circa la congruità dei predetti onorari, poiché il paziente risulta tuttora insolvente.

Inoltre, chiede:

- ai sensi dell'art. 3 lett. g) D.L.C.P.S. 233/46 che la Commissione si interponga tentando di addivenire alla conciliazione della vertenza, tenuto conto che in caso di mancanza di accordo transattivo delle parti, l'Ordine dovrà esprimere il suo parere sulla controversia stessa, svolgendo una accurata istruttoria, richiedente i necessari tempi tecnici previsti dalle norme e regolamenti vigenti.
- ai sensi dell'art. 3 lett. g) D.L.C.P.S. 233/46 si richiede che la Commissione non si interponga per addivenire alla conciliazione della vertenza.

Il/La sottoscritto/a _____, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del **Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR)**, dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento indicate negli 8 punti dell'informativa stessa.

Data _____

Firma _____