

Marca da bollo
€ 16,00

Alla Commissione
per gli iscritti all'Albo Medici Chirurghi
della provincia di Sassari
ordine@omceoss.org
ordine.ss@pec.omceo.it

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

nato/a _____ il _____ residente a _____

In _____

recapito telefonico _____ P.E.C. _____

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 _____

domiciliato a _____ in Via _____,

le seguenti prestazioni professionali:

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

1. _____	€.	_____
2. _____	€.	_____
3. _____	€.	_____
4. _____	€.	_____
5. _____	€.	_____
6. _____	€.	_____

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.

Si allega copia del preventivo di spesa sottoscritto dal paziente e/o preavviso parcella e/o fattura

OPPURE:

non è stato sottoscritto un preventivo di spesa per i seguenti motivi:

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

NOTE INFORMATIVE

1. Nell'ipotesi in cui le prestazioni siano effettuate per conto di altri (come ad esempio nel caso di minori, ai quali le prestazioni vengano rese per conto dei genitori) indicare anche il nominativo e l'abitazione dei medesimi.
2. L'elencazione delle varie prestazioni deve essere puntuale con i relativi onorari.
3. Se le prestazioni sono state effettuate presso una Casa di Cura privata indicare il nome e la sede.

Per quanto attiene il pagamento della tassa congruità parcella (pari al 4% dell'importo dell'onorario ritenuto congruo) il sanitario dovrà effettuare il relativo pagamento attraverso bonifico sul conto corrente:

- **intestato** all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari
- **IBAN:** IT29C0538711000000049008186
- **causale:** tassa parere congruità parcella

N.B. Al momento del ritiro della parcella presso lo sportello dell'Ordine, occorre presentare la relativa ricevuta di versamento della tassa di congruità.