

RICHIESTA PARERE CONGRUITA'

Alla Commissione per gli iscritti
all'Albo dei Medici Chirurghi
della Provincia di
Ascoli Piceno

Il/la sottoscritto/a Dott. _____
residente a _____ prov.
_____;
in via _____ tel. _____ cell. _____;
iscritto nell'Albo Professionale dei Medici Chirurghi della Provincia di Ascoli Piceno
con posizione n. _____,
fa presente che dal _____ al
_____ ha effettuato in favore del Sig.
_____ residente in _____ Via
_____ le seguenti prestazioni professionali:

riservata			parte all'ufficio
1. visita medica	-	€ _____	_____
2. _____		€ _____	_____
3. _____		€ _____	_____
4. _____		€ _____	_____
5. _____		€ _____	_____
6. _____		€ _____	_____
7. _____		€ _____	_____
8. _____		€ _____	_____
9. _____		€ _____	_____
10. _____		€ _____	_____
11. _____		€ _____	_____
12. _____		€ _____	_____

13. _____	€ _____
14. _____	€ _____
15. _____	€ _____
16. _____	€ _____
17. _____	€ _____
18. _____	€ _____
19. _____	€ _____

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:

- Ai sensi dell'art. 3 lett. g) del DLCPS del 13/09/46 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 dalla norma e regolamenti vigenti.
- Ai sensi dell'art. 3 legg. g) del DLCPS del 13/09/46 n. 233, non si richiede all'Ordine di interpersi per addivenire alla conciliazione della vertenza.

Data

Firma.....

Avvertenze:

- 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) su carta da bollo da € 14,62.
- c) E' necessario allegare una marca da bollo da € 14,62 per la risposta.
- d) La tassa dovuto all'Ordine per il rilascio dei parere per la liquidazione degli onorari professionali é:

- € 26,00 fino ad un importo di € 260,00
- 5% fino a € 1.033,00 con un minimo di € 26,00
- 3% fino a € 5.165,00 con un minimo di € 52,00
- 2% oltre a € 5.165,00 con un minimo di € 103,00

Il calcolo viene effettuato su tutta l'intera somma compreso l'eventuale acconto versato.

- e) Nel caso in cui la suddetta tassa superi l'importo di € 77,47, al momento del ritiro del parere il sanitario deve produrre una marca da € 1,81.