

Modena,

(parte riservata all'Ordine)

Alla Commissione Albo Medici Chirurghi dell'Ordine di Modena

OGGETTO: richiesta approvazione parcella

Il sottoscritto Dott./Prof.

con studio medico/odontoiatrico sito in

.....

tel.

cellulare

e.mail

CHIEDE

l'approvazione della presente parcella a carico di:

.....

per prestazioni sanitarie mediche rese in favore del paziente

.....

abitante in

.....

