

Modena, .....

(parte riservata all'Ordine)

Alla Commissione Albo Odontoiatri 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 odontoiatriche rese in favore *del minore* .....

.....

abitante in .....



