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 minore* _____

abitante in _____

_____

Prestazioni rese per il periodo dal *al*

Data prestazione	**Descrizione prestazione secondo le voci del tariffario**	**Importo singola prestazione**

Data prestazione	Descrizione prestazione secondo le voci del tariffario	Importo singola prestazione

TOTALE

Firma .....