

ALLA COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI
NELL'ORDINE DEI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI FROSINONE

RICHIESTA PARERE DI CONGRUITÀ

Applicare
Marca da Bollo
di Euro 16,00

Il sottoscritto Dott. _____

residente in _____

Via _____ n. _____ c.a.p. _____ tel. _____

Cell. _____

Iscritto nell'Albo Professionale dei Medici Veterinari, con posizione n. _____

Specialista in _____ fa presente che:

dal _____ al _____

ha effettuato in favore del Sig. _____

residente in _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____

Le seguenti prestazioni professionali :

1. _____

_____ € _____

2. _____

_____ € _____

3. _____

_____ € _____

4. _____

_____ € _____

5. _____

_____ € _____

6. _____
_____ €.

7. _____
_____ €.

8. _____
_____ €.

9. _____
_____ €.

10. _____
_____ €.

TOTALE ONORARIO €. _____

ACCONTI VERSATI €. _____

SOMMA RESIDUA €. _____

Data , _____

FIRMA
