



Viale Porta Po 87  
 45100 ROVIGO  
 Tel. 0425/475333 - R.A.  
 Fax 0425/475313  
 Cod. Fiscale 80002110296

RISERVATO C.E.P.	Codice iscrizione _____
	Rif. pratica n° _____
	Note _____
	Visto _____

**DICHIARAZIONE DEL PIANO DI CURE ODONTOIATRICHE**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ dello Studio dentistico \_\_\_\_\_ con sede all'indirizzo: via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_ consapevole che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 le dichiarazioni false e mendaci, la falsità negli atti, l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia

**DICHIARA**

che la seguente specifica di interventi specialistici, che non ha valore ai fini fiscali, è corrispondente alle prestazioni eseguite al Sig. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale [ ] che trovano riferimento alle fatture:

FATTURA n° _____	del _____	<input type="checkbox"/> ACCONTO
FATTURA n° _____	del _____	<input type="checkbox"/> ACCONTO
FATTURA n° _____	del _____	<input type="checkbox"/> ACCONTO
FATTURA n° _____	del _____	<input type="checkbox"/> SALDO

**SPECIFICA DEGLI INTERVENTI DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_**

TIPO PRESTAZIONE	<input type="checkbox"/> EMIARCATA		<input type="checkbox"/> ARCATA		NUMERO PRESTAZIONI	COSTO EURO
	SUP.	INF.	DX.	SX.		
<b>CURE ODONTOIATRICHE</b> <input type="checkbox"/> CHIRURGICHE <input type="checkbox"/> CONSERVATIVE						
<b>ELEMENTI DI PROTESI n° _____</b> <input type="checkbox"/> MOBILE <input type="checkbox"/> FISSA						
<b>TERAPIA ORTODONTICA</b>						
<b>ALTRE PRESTAZIONI:</b> _____ _____						
<b>COSTO TOTALE EURO</b>						

\_\_\_\_\_ DATA

\_\_\_\_\_ TIMBRO E FIRMA DELLO STUDIO DENTISTICO