

## RICHIESTA PARERE DI CONGRUITA'

Marca da Bollo

Alla Commissione per gli iscritti  
all'Albo dei Medici Chirurghi/Odontoiatri di  
PESARO E URBINO

Il sottoscritto Dott. ....  
domiciliato a ..... in Via .....  
n. ...., iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi e/o degli Odontoiatri con  
posizione n....., fa presente che dal ..... al ..... ha effettuato in  
favore del Sig. ....(1)  
domiciliato a ..... in Via ..... n. .... le  
seguenti prestazioni (2):

Data	Prestazione	Importo
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
	Totale onorario	.....
-	Acconto Versato	.....
		.....
	SOMMA RESIDUA	.....

Poichè il paziente risulta tuttora insolvente, il sottoscritto chiede che codesta Commissione voglia esprimere parere di congruità in merito ai predetti onorari.

Firma .....

(1) Nelle ipotesi in cui le prestazioni siano state effettuate per conto di altri, (come ad esempio nel caso di minori, ai quali le prestazioni vengono rese per conto dei genitori) indicare anche il nominativo e l'abitazione dei medesimi.

(2) L'elencazione delle varie prestazioni deve essere puntuale con i relativi onorari indicati (ad esempio: n. 20 visite domiciliari €.....). Per prestazioni odontoiatriche indicare i quadranti (ad esempio: n.3 estrazioni ----- €.....).

Se le prestazioni sono state rese presso una Casa di Cura privata indicare quale.

### **Istruzioni:**

- 1) Compilare il modulo con una marca da bollo di € 16,00
- 2) Allegare una marca da bollo di € 16,00
- 3) Versamento della percentuale del 3% sulla somma Residua (Totale Onorario – Acconto Versato) da effettuarsi tramite il sito MPAY della Regione Marche “**TASSA PARERI CONGRUITA' PARCELLA**”.

(da effettuare solamente dopo aver avuto comunicazione dell'approvazione da parte dell'Ordine)

### ***Procedura da seguire per pagare tramite MYPAY:***

Cliccare su <http://mpay.regione.marche.it> e cliccare su **ESEGUI**

da ENTE DI INTERESSE provincia selezionare **PESARO URBINO** e da ENTE selezionare:

**Ordine medici chirurghi e odontoiatri della provincia di PESARO-URBINO.**

Dal menù a sinistra, selezionare il pagamento attinente alla domanda che si presenta: “**TASSA PARERI CONGRUITA' PARCELLA**”, compilare tutti i campi richiesti e stampare la ricevuta da consegnare insieme all'istanza.

Per informazioni e assistenza su MPay chiamare il numero 0731241750 oppure inviare una mail a: pagamenti a [mpay@regione.marche.it](mailto:mpay@regione.marche.it)

Per ulteriori informazioni contattate i nostri uffici.