CASSA EDILE POLESANA

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 _____	☐ ACCONTO
FATTURA n° _____	del _____	☐ ACCONTO
FATTURA n° _____	del _____	☐ ACCONTO
FATTURA n° _____	del _____	☐ SALDO

SPECIFICA DEGLI INTERVENTI DAL _____ AL _____

TIPO PRESTAZIONE	☐ EMIARCATA ☐ ARCATA				NUMERO PRESTAZIONI	COSTO EURO
	SUP.	INF.	DX.	SX.		
CURE ODONTOIATRICHE ☐ CHIRURGICHE ☐ CONSERVATIVE						
ELEMENTI DI PROTESI n° _____ ☐ MOBILE ☐ FISSA						
TERAPIA ORTODONTICA						
ALTRE PRESTAZIONI: _____ _____						
					COSTO TOTALE EURO	

_____
DATA

_____
TIMBRO E FIRMA DELLO STUDIO DENTISTICO