

- TITOLARE STUDIO ODONTOIATRICO -

SEGNALAZIONE ESERCIZIO PROFESSIONALE

È obbligatorio notificare alla Segreteria dell'Ordine l'apertura di studio odontoiatrico o l'esercizio professionale in studio già funzionante (anche se di proprietà di altro Collega).

Al fine di ottenere il relativo attestato, La invitiamo a compilare il seguente questionario:

Il sottoscritto Dott.
iscritto all'Ordine provinciale di Albo (M/O)al n°

TITOLARE

dello Studio sito in
Via Tel.

D I C H I A R A

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. il contratto di locazione è intestato al medico/odontoiatra
indicare nome e cognome se intestato ad altri | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 2. le fatture di acquisto delle attrezzature sono intestate al medico/odontoiatra
indicare nome e cognome se intestate ad altri | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 3. il contratto ENEL è intestato al medico/odontoiatra
indicare nome e cognome se intestate ad altri | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 4. il contratto TELECOM è intestato al medico/odontoiatra
indicare nome e cognome se intestate ad altri | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 5. presso i locali del suddetto studio opera un laboratorio odontotecnico
indicare nome e cognome del Titolare | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| 6. di svolgere la propria attività professionale con il seguente orario:
.....
..... | | |

Data

.....
(firma)

**ORDINE PROV. DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
S A V O N A**

Io sottoscritto dichiaro autentica la firma apposta in mia
presenza dal Dott.
la cui identità mi risulta da