CASSA EDILE DI MUTUALITA' ED ASSISTENZA DELLA PROVINCIA DI PORDENONE - C.F. 8005990934
Largo San Giorgio 11 - 33170 Pordenone
Tel. 0434-29480 Fax 0434-523544
Email: info@cassaedilepn.it PEC:PN00@infopec.cassaedile.it
Web: www.cassaedilepn.it

Dichiarazione di intervento dentistico

CONIUGE

DICHIARAZIONE DI INTERVENTO DENTISTICO

Si dichiara che la prestazione è stata eseguita a ……………………………………………………………

nato a……………………………………….il ……/……/…… cod.fisc……………………………………..

coniuge di …………………………………………. nato a………………………….....il……/……/……..

Data inizio prestazione……/……/………Data fine prestazione……./……/…………

ELEMENTI DELLA PRESTAZIONE	**NUMERO**	**PREZZO**
1- ELEMENTI SU PROTESI MOBILE IN RESINA	…………………	…………………
2- ELEMENTI SU PROTESI MOBILE PER SCHELETRATO		
a) su scheletrato superiore	…………………	…………………
b) su scheletrato inferiore	…………………	…………………
3- GANCI – A FILO O A FUSO – SU SCHELETRATO		
a) su scheletrato superiore	…………………	…………………
b) su scheletrato inferiore	…………………	…………………
4- SCHELETRATI	…………………	…………………
5- CORONA METALLICA – O ALTRA LEGA NOBILE RESINA, WIENER, RICHMOND	…………………	…………………
6- CURE ODONTOIATRICHE – CHIRURGICHE	…………………	…………………
– CONSRVATIVE	…………………	…………………
7- TERAPIA ORTODONTICA	…………………	…………………
8- ALTRE PRESTAZIONI :	…………………	…………………
TOTALE	…………………	…………………

§§§

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Io sottoscritto …………………………………………………………… Attività ……….....................................……………

dichiaro con la presente sotto la mia completa responsabilità, che i valori indicati nella fattura/e n° ……..…...………....

…………………del…......……………………… ..di euro ………………………………... riguardano esclusivamente le

prestazioni da me effettuate a ………………………………………………………………………………………

coniuge di …………………………………...………… nato a……………….…………...................il..……/…..…/…..….

Data………/…………/……………

in fede……………………………………………..
(Timbro e firma del Dentista)