STUDIO DENTISTICO

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO DENTISTA ED ALLEGARE ALLA DOMANDA DI CONTRIBUTO PROTESI DENTARIA LAVORATORI E FAMILIARI

DICHIARAZIONE INTERVENTO DENTISTICO PER LA CASSA EDILE DI PADOVA

Dichiaro che l'allegata fattura/e n° …… del …….. di Euro …… intestata al sig. …….. si riferisce alle seguenti prestazioni eseguite a: ……. :

OTTURAZIONI (1)	**n° …… per complessivi €……. (…..……)**	**in cifre e in lettere**
ELEMENTI SOSTITUITI (2)	**n° …… per complessivi €……. (…..……)**	**in cifre e in lettere**
DEVITALIZZAZIONI (3)	**n° …… per complessivi €…….. (…..……)**	**in cifre e in lettere**
…… (4)	**n° …… per complessivi €……. (…..……)**	**in cifre e in lettere**
APPARECCHIO ORTODONTICO n°…. per complessivi €. ……. . (…..……..…) **relativo all'anno …… (5)**		**in cifre e in lettere**

IL MEDICO DENTISTA

Data ……

…….
(timbro e firma)

(1) Precisare il numero delle otturazioni eseguite ed il relativo importo di spesa
(2) Precisare il numero degli elementi sostituiti ed il relativo importo di spesa
(3) Precisare il numero delle devitalizzazioni eseguite ed il relativo importo di spesa
(4) Precisare gli altri interventi eventualmente eseguiti in aggiunta ai tre precedenti
(5) Precisare il numero degli apparecchi ortodontici inseriti ed a quale anno si riferiscono