

MARCA DA BOLLO

€ 16,00

**ALL'ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI GORIZIA**

INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza agli artt. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 ("GDPR"), l'OMCeO della provincia di GORIZIA, in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce l'informativa in formato integrale - disponibile anche nell'apposita sezione Modulistica del sito dell'Ordine www.ordinemedici-go.it ove troverà le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali raccolti con la domanda di iscrizione all'Albo professionale e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 GDPR, il Responsabile della protezione dei dati", c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 GDPR reperibili nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine e, a richiesta, sono disponibili presso gli uffici della Segreteria.

Il sottoscritto dott./dott.ssa _____

presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 GDPR, dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

Data

Firma

RICHIESTA PARERE DI CONGRUITA'

Il/La sottoscritto/a dott. _____ domiciliato a
_____ via _____ iscritto all'Albo
dei Medici Chirurghi al n. _____ iscritto all'Albo degli Odontoiatri al n.
_____ fa presente che dal _____ al
_____ ha effettuato in favore del sig.
_____ (1)domiciliato
a _____ via _____, le seguenti
prestazioni (2):

data

prestazione

importo

1 - _____

€. _____

2 - _____

€. _____

_____	3 - _____	€. _____
_____	4- _____	€ _____
_____	5- _____	€ _____
T O T A L E O N O R A R I O		€. _____
Eventuali ACCONTI		€. _____

Poiché il paziente risulta tuttora insolvente, il sottoscritto chiede che codesto Ordine voglia esprimere parere di congruità in merito ai predetti onorari.

- Si allega copia del preventivo di spesa sottoscritto dal paziente e/o preavviso parcella e/o fattura **OPPURE:**
- Non è stato sottoscritto un preventivo di spesa per i seguenti motivi :

Data _____

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.