

DOMANDA ISCRIZIONE REGISTRO DEI CONSULENTI

(Decreto 18 marzo 1996 n. 32, Articoli 70 e 71)

Il sottoscritto Dr.

Iscritto all'Albo professionale dell'Ordine dei Medici di

al No. dal

nato a il

residente a in Via

telefono fax cellulare.....

indirizzo email

chiede di essere autorizzato a svolgere attività di consulenza presso lo Studio/
Ambulatorio/Società Sanitaria:

.....

.....

.....

(nome ed indirizzo e recapito telefonico del Medico titolare dello Studio in San Marino)

consulenza di tipo

(tipo prestazione effettuata)

nei giorni di (indicativo)

(giorni della settimana)

negli orari lavorativi (indicativo)

(orario operativo)

N.B. Si accettano solamente le domande compilate con tutti i dati richiesti.

Alla presente dichiarazione si allegano i seguenti documenti:

- Copia del Certificato di Laurea
- Copia del Certificato di Abilitazione all'esercizio della professione
- Titoli e Specializzazioni (facoltativo)
- Certificato di iscrizione all'Ordine professionale Italiano (con data non antecedente ai tre mesi la data della presentazione)
- Copia del bonifico per il pagamento della quota di iscrizione per Euro 200,00 da effettuate alle seguenti coordinate bancarie:
Banca di San Marino - Agenzia Dogana
intestato all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
IBAN SM 50 A 08540 09802 000020174174.
specificando il nominativo e la causale.
- Evidenza di stipula R.C. professionale aggiornata

.....

(Firma)

San Marino,