

SCHEMA PER APPARECCHI ORTODONTICI

SOLO PER APPARECCHI ORTODONTICI CON PAGAMENTO RATEALE

FAS

FONDO ASSISTENZA
FRA IL PERSONALE DEL
GRUPPO BANCO POPOLARE

Preventivo del

Intestata a sig./sig.ra

Inizio cura il..... Fine cura (prevista) il.....

Si segnala che la documentazione di spesa allegata alla presente scheda si riferisce a **fattura/e di acconto o saldo di un lavoro di ortodonzia dettagliato da preventivo**

Si richiede di compilare completamente la tabella riassuntiva

ACCONTI per APPARECCHI ODONTOIATRICI			Importo
4.000	PREVENTIVO		
4.001	1° ACCONTO fattura n°	del	
4.002	2° ACCONTO fattura n°	del	
4.003	3° ACCONTO fattura n°	del	
4.004	4° ACCONTO fattura n°	del	
4.005	5° ACCONTO fattura n°	del	
4.006	6° ACCONTO fattura n°	del	
4.007	7° ACCONTO fattura n°	del	
4.008	8° ACCONTO fattura n°	del	
4.009	9° ACCONTO fattura n°	del	
4.010	10° ACCONTO fattura n°	del	
4.011	11° ACCONTO fattura n°	del	
4.012	12° ACCONTO fattura n°	del	
4.013	13° ACCONTO fattura n°	del	
4.014	14° ACCONTO fattura n°	del	
4.015	15° ACCONTO fattura n°	del	
4.099	FATTURA DI SALDO fattura n°	del	

Il sottoscritto dichiara che le prestazioni espone corrispondono effettivamente a quelle eseguite.

DATA TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Il Fondo Assistenza fra il Personale del Gruppo Banco Popolare si riserva di effettuare controlli sulle cure prestate, avvalendosi anche di sanitari di propria fiducia. Qualora emergano irregolarità, il Fondo si riserva di agire a norma di Legge, Statuto e Regolamento presso le sedi competenti