



CASSA EDILE DI MUTUALITÀ E ASSISTENZA

DI VENEZIA E PROVINCIA

30171 MESTRE – Via Col di Lana, 1a – Tel. 041.922.522 – Fax. 041.922.895 – Codice Fiscale 80011120278 – Email info@cedileve.it

DICHIARAZIONE DI INTERVENTO DENTISTICO

Si dichiara che la PRESTAZIONE è stata fornita al Sig.:

COGNOME Stefani NOME Marco nato il 07/03/1970

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		
- SU SCHELETRATO SUPERIORE	_____	_____
- SU SCHELETRATO INFERIORE	_____	_____
3. GANCI – A FILO O A FUSO SU SCHELETRATO		
- SU SCHELETRATO SUPERIORE	_____	_____
- SU SCHELETRATO INFERIORE	_____	_____
4. SCHELETRATI	_____	_____
5. CORONA METALLICA O ALTRA LEGA NOBILE, RESINA, WEENER, RICHMOND	_____	_____
6. CURE ODONTOIATRICHE CHIRURGICHE	_____	_____
CONSERVATIVE	_____	_____
7. TERAPIA ORTODONTICA	_____	_____
8. ALTRE PRESTAZIONI	_____	_____

TOTALE _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DEL MEDICO DENTISTA

Io sottoscritto _____ attività _____, dichiaro

con la presente, sotto la mia completa responsabilità, che tutti i valori indicati nella/e fattura/e

n. _____ del _____ di

€ _____, riguardano esclusivamente le prestazioni da me effettuate al

Sig. _____ e non quindi a Suoi familiari o ad altre persone.

DATA _____

IN FEDE _____

(Timbro e firma del medico dentista)

SGQ- Dichiarazione Intervento Dentistico.doc

Rev. 00 del 31/08/2010