

## ALLEGATO G/2: **SCHEDA PER SPESE DENTARIE 2**

SOLO PER APPARECCHI ORTODONTICI CON PAGAMENTO RATEALE

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	del	
4.002	2° ACCONTO fattura	del	
4.003	3° ACCONTO fattura	del	
4.004	4° ACCONTO fattura	del	
4.005	5° ACCONTO fattura	del	
4.006	6° ACCONTO fattura	del	
4.007	7° ACCONTO fattura	del	
4.008	8° ACCONTO fattura	del	
4.009	9° ACCONTO fattura	del	
4.010	10° ACCONTO fattura	del	
4.099	<b>FATTURA DI SALDO</b> fattura	del	

Il sottoscritto dichiara che le prestazioni esposte 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.*