



**MODULISTICA PER PER RATEIZZAZIONE  
APPARECCHI ORTODONTICI FISSI E MOBILI**

Al Distretto di \_\_\_\_\_  
Azienda USL di Parma

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico n. \_\_\_\_\_

In riferimento al preventivo di spesa rilasciato il \_\_\_\_\_  
di importo pari a:

- Euro 576,00 annuali relativi all'apparecchio ortodontico fisso
- Euro 433,80 annuali relativi all'apparecchio ortodontico mobile

C H I E D E il pagamento rateizzato quadrimestrale della somma complessiva, con rate  
pari a:

- Euro 192,00 ciascuna per l'apparecchio ortodontico fisso
- Euro 144,60 ciascuna per l'apparecchio ortodontico mobile

Si allega fotocopia di un documento di identità.

In fede

\_\_\_\_\_

li, \_\_\_\_\_