



**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, _____