

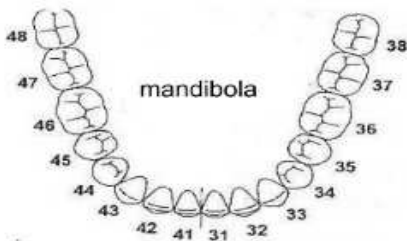
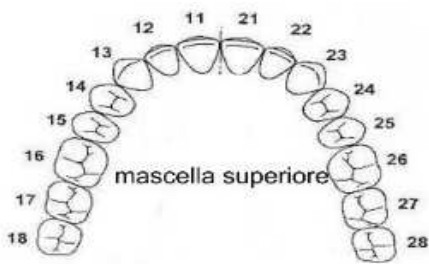


DICHIARAZIONE DI ESEGUITA PRESTAZIONE

Dichiaro di aver eseguito al Sig. _____ nato il _____

le sottoelencate prestazioni nel periodo dal _____ al _____

TIPO DI PRESTAZIONE	N° ELEM.	FORMULA	IMPORTO	RISERVATO ALLA CASSA EDILE
◦ Protesi mobile completa arcata superiore				
◦ Protesi mobile completa arcata inferiore				
◦ Protesi mobile o scheletrato superiore				
◦ Protesi mobile o scheletrato inferiore				
◦ Protesi fissa superiore				
◦ Protesi fissa inferiore				
TOTALE				



N.B.

Per la compilazione del presente modulo inserire nelle caselle a lato delle prestazioni, il numero degli elementi e nella casella formula i numeri relativi ai denti rappresentati dal disegno a fianco, oppure barrare l'intera arcata per prestazioni che la interessano nella totalità.

Le prestazioni sopra indicate sono comprese nella fattura N. _____ del _____

Il Medico Dentista

Data _____