

La presente richiesta potrà essere inviata tramite posta od e-mail (protocollo@pec.omceoroma.it o rmomceo@tin.it) o fax (n. 06/44.23.46.65) esclusivamente allegando copia del proprio documento di riconoscimento.

Spett.le
**Ordine Prov.le di Roma dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri**
Via G.B. De Rossi, 9
00161 ROMA

c.a. Ufficio Contributi

Oggetto: richiesta attestazione avvenuto pagamento tassa ordinistica.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente in _____
iscrizione Albo Medici n. _____ Albo Odontoiatri n. _____
telefono _____ cellulare _____
e-mail _____

CHIEDE

l'attestazione di avvenuto pagamento della tassa di iscrizione all'Ordine per l'anno/i _____.

Roma,

Desidero ricevere la risposta tramite:

e-mail: _____

fax n° _____

posta all'indirizzo _____

In fede

Firma