

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)

Spett.le
**Ordine Prov.le di Roma dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri**
Via G.B. De Rossi, 9
0161 ROMA
c.a. *Ufficio Contributi*

Oggetto: richiesta invio duplicato bollettino MAV taxa anno _____

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

CHIEDO

che mi venga inviato di nuovo il bollettino MAV per poter eseguire il pagamento della taxa di iscrizione all'Ordine relativa all'anno _____.

Desidero ricevere la risposta tramite:

- e-mail _____
 posta all'indirizzo _____

Roma,

In fede