

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 Provinciale di Roma
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri**
c.a. Ufficio Contributi
Via Giovanni Battista De Rossi, 9
00161 ROMA

**Oggetto: richiesta di rimborso di € 30,00 quota Ordine – tassa d’iscrizione 2011 over 75
(Regolamento in materia approvato all’Assemblea degli Iscritti del 18.05.2008).**

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

CHIEDE

il **rimborso** di € 30,00 della quota di competenza di codesto Ordine, da me interamente versata come da ricevuta allegata, a seguito della presentazione e dell’accoglimento della mia domanda di riduzione della tassa d’iscrizione 2011 da me inviata il _____.

Richiedo che il suddetto rimborso venga effettuato tramite:

- contanti presso la sede dello Ordine.
 bonifico bancario:

INTESTATARIO CONTO CORRENTE BANCARIO	➤ _____
CODICE IBAN	➤ _____

Roma,

FIRMA

All.ti 1) ricevuta di versamento
2) documento di riconoscimento.