

## MODULO DI RICHIESTA RATEIZZAZIONE PAGAMENTO PROTESI ODONTOIATRICA

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

C.I. / Pat. di Guida n. \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

chiede di poter dilazionare in 4 tranches il pagamento delle prestazioni di protesica odontoiatriche che riceverà presso l'Ambulatorio \_\_\_\_\_.

Si impegna a consegnare le ricevute di pagamento entro 20 giorni dalla data di scadenza delle singole rate presso l'ambulatorio ove si sono ricevute le prestazioni

Ringraziando, porgo distinti saluti.

Genova, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_