

RICHIESTA NOMINA TERZO ARBITRO

NELLA DOMANDA* DEBBONO ESSERE INDICATI I SEGUENTI ELEMENTI:

- NUMERO E DATA DEL SINISTRO
- NUMERO DI POLIZZA
- INDIRIZZO DELLE PARTI
- NATURA DEL DANNO FISICO E/O PSICHICO
- NOMINATIVI DEI MEDICI DI PARTE
- NOMINATIVI EVENTUALI TERZI ARBITRI PROPOSTI E NON ACCETTATI

* **N.B.**: Nella domanda **APPORRE** sull'istanza **N. 1 MARCA DA BOLLO** da **Euro 16,00**

E' INOLTRE NECESSARIO ALLEGARE:

- N. 1 MARCA DA BOLLO DA EURO 16,00 *(necessaria per il rilascio dell'atto amministrativo rilasciato dall'Ordine)*
- RICEVUTA VERSAMENTO DI EURO 23,24 SU C/C POSTALE N. 55066005
INTESTATO A ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI;
- COPIA DELLE CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA, INCLUSE QUELLE CHE DEMANDANO ALL'ORDINE LA NOMINA DEL TERZO ARBITRO.