MARCA DA BOLLO

EURO 16,00

Spett.le Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e odontoiatri di Biella,

Io sottoscritto/a Dr./Dr.ssa ………………………………..……………………………………

Iscritto/a all’Albo

* Medici Chirurghi
* Odontoiatri
* Doppio iscritto

Matricola numero …………..…………………

Nato a …………………………………….. (……) il ………………………..

Codice fiscale………………………………..………………………………..

Residente a ………………………………..…………………………………..

Laureato/a a ………………………………..……… il ………………………..

Abilitato/a a ……………………………….. il ………………………………..

Chiede la cancellazione dall’Albo

* Medici Chirurghi
* Odontoiatri
* Entrambi gli Albi

Distinti saluti,

Biella, ……………………………..

In fede, ……………………………..