

Marca da Bollo

€ 16

RICHIESTA VERIFICA MESSAGGIO PUBBLICITARIO

STUDIO (medico o odontoiatrico)

*Al Presidente dell'Ordine
dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
di Biella*

Il/La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
Nato/a a _____ () il _____
Codice fiscale _____ cellulare _____
e-mail _____ ;
Iscritto all'Albo

Medici Chirurghi

Odontoiatri

Della Provincia di _____ al n° di iscrizione _____
Specialista in _____
Residente in _____ Via _____ n° _____
Titolare dello studio

Medico

Odontoiatrico

Sito in _____ Via _____ n° _____

CHIEDE

ai sensi del decreto legge 223/2006 e della legge di conversione 248/2006 la <<verifica>> ai fini della trasparenza e veridicità, del seguente testo pubblicitario:

Il suddetto testo sarà utilizzato su:

Targa muraria

Sita nel comune di _____ Via _____ n° _____

Dimensioni: cm _____ x cm _____

Materiale: _____

Colore: _____

Insegna

Sita nel comune di _____ Via _____ n° _____

Dimensioni: cm _____ x cm _____

Materiale: _____

Colore: _____

Inserzione elenco telefonico

Dimensioni cm.....x cm.....

Colore caratteri.....

Inserzione Pagine Gialle / SEAT e similari

Dimensioni cm.....x cm.....

Colore caratteri.....

Inserzioni su Giornali e Periodici

Dimensioni cm.....x cm.....

Colore caratteri:.....

Sito Internet

Altri mezzi

Firma

N.B

Alla presente va allegato documento di identità fronte e retro