

MARCA
DA BOLLO
Euro 16,00

Spett.le ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
ED ODONTOIATRI DI BIELLA

Il sottoscritto dr.

iscritto all'Albo dei MEDICI CHIRURGHI di Biella

matr. nr.

nato ail

codice fiscale,

residente a, via,

laureato a..... il,

abilitato a il,

chiede la cancellazione dall'Albo professionale dei MEDICI
CHIRURGHI di Biella

Distinti saluti

IN FEDE

dr.

BIELLA