

MARCA DA BOLLO
Euro 16,00

SPETT.LE
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI
BERGAMO

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____

CHIEDE

IL RILASCIO DI N _____ CERTIFICATO/I DI ISCRIZIONE ALL'ALBO, **UTILIZZABILE NEI RAPPORTI TRA**

PRIVATI (IN MARCA DA BOLLO DA EURO 16.00) AD USO _____

DATA _____

FIRMA
