carta intestata richiedente

Luogo e data

Al Direttore del Dipartimento di

Medicina di Precisione

Area Radiologica

mail: ----

Oggetto: richiesta prestazioni nell'ambito del Tariffario dell'Area Radiologica.

Si chiede di voler fornire le seguenti prestazioni:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRESTAZIONE** | **COSTO UNITARIO** | **N. ORE** | **COSTO COMPLESSIVO** | **IVA 22%** | **COSTO TOTALE** |
| 1.   Attività di valutazione e referaggio | € 75/ora |  |  |  |  |
| 2.   Lezioni e seminari inerenti formazione ed approfondimento professionale del personale medico e paramedico | € 120/ora |  |  |  |  |
| 3.   Attività di collaborazione scientifica relativa ad organizzazione di protocolli di studio e di ricerca relativi a procedure e nuove tecniche di diagnostica per immagini | € 80/ora |  |  |  |  |
| 4.   Attività di comunicazione e divulgazione scientifica e culturale in merito a tutte le nuove procedure diagnostiche | € 100/ora |  |  |  |  |
| 5. Consulenze medico-legali relative ad esami di diagnostica per immagini e/o a procedure radioterapiche | € 100/ora |  |  |  |  |

Si chiede di concordare le modalità di svolgimento delle prestazioni.

A conclusione delle prestazioni richieste, la relativa fattura emessa con indicazione dell'IBAN per il pagamento verrà pagata entro 30 giorni dalla ricezione.

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_