



PREVENTIVO DI SPESA PER CURE ORTODONTICHE

RAGIONE SOCIALE STUDIO DENTISTICO:

Sig./Sig.ra _____

Residente a _____ Prov. _____

In via _____ n. _____

TIPO TERAPIA:

- FISSA
 MOBILE
 MISTA

DURATA TOTALE DEL TRATTAMENTO: NR. _____ MESI

PER UN TOTALE DI Euro _____

Specifica preventivo per ogni anno di cura: (*)

1. PRIMI _____ MESI DI CURA € _____ ;

2. ULTERIORI _____ MESI DI CURA € _____ ;

3. ULTERIORI _____ MESI DI CURA € _____ ;

4. ULTERIORI _____ MESI DI CURA € _____ ;

5. ULTERIORI _____ MESI DI CURA € _____ .

Totale preventivo, come sopra, Euro _____

Data _____

Firma _____

(*)

es. a) la cura ha una durata totale di 8 mesi:

si compilerà solo il punto 1. indicando primi 8 mesi di cura e, a lato, il preventivo di spesa per gli otto mesi.

es. b) la cura ha una durata totale di 24 mesi:

si compileranno i punti 1. e 2. indicando: al punto 1. primi 12 mesi di cura e, a lato, il preventivo di spesa per i primi 12 mesi; al punto 2. ulteriori 12 mesi di cura e, a lato, il preventivo di spesa per gli ulteriori 12 mesi di cura.

es. c) la cura ha una durata totale di 29 mesi:

si compileranno i punti 1., 2. e 3. indicando: al punto 1. primi 12 mesi di cura e, a lato, il preventivo di spesa per i primi 12 mesi; al punto 2. ulteriori 12 mesi di cura e, a lato, il preventivo di spesa per gli ulteriori 12 mesi di spesa; al punto 3. ulteriori 5 mesi di cura e, a lato, il preventivo di spesa per gli ultimi 5 mesi di spesa.