

Marca da bollo

Da € 16.00

**AL PRESIDENTE DELL'ORDINE
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA BARLETTA-ANDRIA-TRANI
VIA OGNISSANTI, 5 - 76125 — TRANI (BT)**

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ in data _____
residente in _____ Prov. di _____
alla via _____
iscritto nell'Albo dei Medici Chirurghi / Odontoiatri della Provincia BAT in data
_____ con il n. _____

CHIEDE

l'iscrizione nel registro dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri BAT, praticanti le Medicine Complementari, relativamente alla pratica della seguente disciplina:

- AGOPUNTURA;**
- FITOTERAPIA;**
- OMEOPATIA.**

Il sottoscritto allega tutta la documentazione comprovante il possesso dei requisiti minimi richiesti per l'iscrizione nel suddetto Registro.

Trani, _____

Firma

Si allega.

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____