

**RICHIESTA DI VERIFICA AL MESSAGGIO PUBBLICITARIO
(STRUTTURE SANITARIE MEDICHE ED ODONTOIATRICHE)**

**Al Presidente dell'Ordine dei
Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Campobasso**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
il _____, nella sua qualità di legale rappresentante della struttura sanitaria denominata:

sita in _____, alla Via _____ n° _____
Partita IVA _____ ASL _____ Distretto
n. _____

Autorizzata all'esercizio e funzionamento con decreto del Sindaco di _____
Protocollo n° _____ del _____ non accreditata/accreditata con il
SSN con Decreto prot.n° _____ del _____ per le branche:

Direttore Sanitario Dott. _____ nato a _____
il _____, medico chirurgo/odontoiatra, iscritto all'albo professionale dei
_____ della Provincia di _____ al n° _____
Specialista in _____
Residente in _____ alla Via _____ n° _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

Ai sensi del DL 223/2006 e della legge di conversione n° 248/2006, la verifica, ai fini della
trasparenza e veridicità, del seguente testo pubblicitario:

Il suddetto testo sarà utilizzato su:

Targa muraria

Sita nel comune di _____ Via _____ n° _____

Dimensioni : cm. _____ x cm. _____

Materiale: _____

Colore: _____

Il sottoscritto dichiara che l'edificio su cui sarà apposta la targa non è sottoposto ad alcun vincolo da parte della Soprintendenza per i beni ambientali ed architettonici e che il regolamento condominiale consente l'apposizione della targa di cui trattasi.

Firma _____

Insegna

Sita nel comune di _____ Via _____ n° _____

Dimensioni : cm. _____ x cm. _____

Materiale: _____

Colore: _____

Inserzione elenco telefonico

dimensioni cm. _____ X cm _____

colore caratteri : _____

Inserzione Pagine Gialle / SEAT e similari

dimensioni cm. _____ X cm _____

colore caratteri: _____

Inserzioni su Giornali e Periodici

Dimensioni cm. _____ X cm. _____

Colore caratteri: _____

Sito internet:

Altri mezzi:

Dimensioni cm. _____ X cm. _____

Colore caratteri: _____

Luogo e data _____

Firma del Legale Rappresentante _____

Firma del Direttore Sanitario _____