RICHIESTA VERIFICA MESSAGGIO PUBBLICITARIO
(STRUTTURE SANITARIE MEDICHE ED ODONTOIATRICHE)

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

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____ il_____, nella sua qualità di Direttore Sanitario della struttura sanitaria denominata:_____
sita in _____Via _____, n._____
Autorizzato all'esercizio e funzionamento dall'ASL di_____
non accreditata/accreditata con il SSN 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 _____ Via_____, n._____
C.F._____

CHIEDE

ai sensi del DL 223/2006 e della Legge di conversione 248/2006 la verifica, ai fini della trasparenza e veridicità, del seguente testo pubblicitario

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Parere OdM PV n. _____ del _____

Il suddetto testo sarà utilizzato su:

☐ **Targa muraria**
Sita nel comune di _____Via_____, n_____
Dimensioni: cm _____ x cm _____ (max 50 x 60 cm)
Caratteri: _____ (max 8 cm)

□ **Insegna**

Sita nel comune di _____Via_____, n_____

Dimensioni: cm _____ x cm _____ (max 200 x 100 cm)

□ **Inserzione elenco telefonico**

Dimensioni: cm _____ x cm _____ (max 5 x 10 cm)

□ **Inserzione Pagine Gialle/SEAT e similari**

Dimensioni: cm _____ x cm _____ (max 5 x 10 cm)

□ **Inserzioni su Giornali e Periodici**

□ **Sito Internet**

□ **Altri mezzi**

_____

Data_____ Firma_____