

## **RICHIESTA NOMINA TERZO ARBITRO**

**NELLA DOMANDA\* DEBONO ESSERE INDICATI I SEGUENTI ELEMENTI:**

- NUMERO E DATA DEL SINISTRO
- NUMERO DI POLIZZA
- INDIRIZZO DELLE PARTI
- NATURA DEL DANNO FISICO E/O PSICHICO
- NOMINATIVI DEI MEDICI DI PARTE
- NOMINATIVI EVENTUALI TERZI ARBITRI PROPOSTI E NON ACCETTATI

\* **N.B.:** Nella domanda **APPORRE** sull'istanza **N. 1 MARCA DA BOLLO** da **Euro 14,62**

**E' INOLTRE NECESSARIO ALLEGARE:**

- N. 1 MARCA DA BOLLO DA EURO 16,00 *(necessaria per il rilascio dell'atto amministrativo rilasciato dall'Ordine)*
- RICEVUTA VERSAMENTO DI EURO 23,24 TRAMITE BONIFICO BANCARIO INTESTATO A ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
BANCA POPOLARE DEL LAZIO – VIA PO 164 – ROMA  
IBAN: IT14V0510403209CC0430000445
- COPIA DELLE CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA, INCLUSE QUELLE CHE DEMANDANO ALL'ORDINE LA NOMINA DEL TERZO ARBITRO.