

**RICHIESTA DI RATEIZZAZIONE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

cod. fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

abitante in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_

- riconoscendo il proprio debito nei confronti dell'AZIENDA OSPEDALE UNIVERSITA' DI PADOVA, C.F. e P.IVA 00349040287, della somma di € \_\_\_\_\_ per la/le fattura/e n. \_\_\_\_\_ relativa/e alle prestazioni odontoiatriche erogate presso la U.O.C. Odontoiatria al/alla paziente \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- rinunciando a qualsiasi contestazione in merito al debito riconosciuto

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

**DICHIARA**

di trovarsi in situazione di temporanea impossibilità a pagare in un'unica soluzione la somma indicata

**CHIEDE**

la rateizzazione dell'importo di euro \_\_\_\_\_ con addebito di interessi di ritardato pagamento fattura/e

**SI IMPEGNA**

- al versamento immediato di una somma pari alla metà dell'importo complessivo delle fatture sopra indicate pari ad euro \_\_\_\_\_

- al pagamento delle rate entro i termini indicati nella proposta di rateizzazione a pena della decadenza dal beneficio della dilazione

- al pagamento in un'unica soluzione del debito totale residuo in caso di decadenza dal beneficio della dilazione a pena dell'esecuzione coattiva del credito

- a non contrarre ulteriori debiti per prestazioni erogate presso la U.O.C. Odontoiatria prima del saldo totale delle fatture sopra indicate.

In attesa di riscontro porgo distinti saluti.

In Fede

\_\_\_\_\_

Padova, li \_\_\_\_\_