



Al Consiglio Direttivo
dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Potenza
Via Vincenzo Verrastro 3/L
85100 POTENZA (PZ)

Oggetto: Domanda di iscrizione STP.

Il sottoscritto nato a
il C.F., legale rappresentante della Società tra
Professionisti denominata, con sede legale in
....., via, (*sedi secondarie*)
iscritta al registro delle imprese di, al n. dal,
avente come oggetto sociale, chiede a codesto Consiglio Direttivo Provinciale, ai sensi degli articoli 8 e
9 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34, di iscrivere detta società nella Sezione Speciale

Albo Medici Chirurghi

Albo Odontoiatri

Allega alla presente la documentazione obbligatoria come da elenco sotto riportato:*

- 1) atto costitutivo e statuto della società in copia autentica *o, nel caso di società semplice, dichiarazione autentica del socio professionista, cui spetti l'amministrazione della società;*
- 2) elenco nominativo:
 - a) dei soci che hanno la rappresentanza;
 - b) dei soci iscritti all'Albo;
 - e) degli altri soci con indicazione, in caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza;
- 3) certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi;
- 4) certificato di iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;
- 5) dichiarazioni di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34.
- 6) Ricevuta del Versamento di € 130,00 (Tassa di iscrizione quota annuale)

Confidando in una favorevole accoglienza della presente istanza, invia cordiali saluti.

Firma

**Art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47."*

Modalità per effettuare il versamento di 130,00 come tassa annuale di iscrizione:

- Bonifico Bancario

Iban bancario: **IT 41 N 05387 04204 000002397749** Intestato all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Potenza.

Oppure

- Bollettino Postale

c/c **87437760** intestato a Ordine dei Medici della Provincia di Potenza