

Azienda U.S.L. Roma 2
Dipartimento di Prevenzione
U.O.C. Sanità Animale
Via Casale de Merode, n.8
00147 Roma

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____ P.IVA _____

Indirizzo _____

Telefono _____ mail _____

Medico Veterinario Iscritto all'Ordine della Provincia di _____

al numero _____

Tipo di Attività: **RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO VETERINARIO LIBERO PROFESSIONISTA
PER OPERAZIONI DI ANAGRAFE CANINA**

**Importo da Pagare: € 25,00 - (Venticinque/00) per ogni singola richiesta di
accreditamento.**

N.B: L'importo dovuto per le attività sopra descritte è stabilito nel rispetto del Tariffario Regionale previsto dalla D.G.R. Lazio del 19/12/1995 n. 10740.

Il pagamento di quanto dovuto può essere effettuato, utilizzando il presente modello, sia presso gli sportelli CUP, sia servendosi delle Postazioni Automatiche (TOTEM) della ASL Roma 2, oppure tramite bonifico bancario sulle seguenti coordinate – BNL - Ag. 21 Via Tiburtina n 399 – codice **IBAN: IT 79 M 01005 03221 00000218020** utilizzando l'apposita causale.



VT03