

**DOTT. DONATO GIORDANO**  
**ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA**  
Via Vignolese, 870 - 41125 MODENA  
Tel. 059 375281  
Cod. Fisc. GRDDNT65S02F631L  
Partita Iva 03547650360

**PALMIERI SARA**  
**VIA G. SARAGAT9**  
**41013 - CASTELFRANCO EMILIA ((MO) )**

**Preventivo "Cura" data 22.gen.25**

**Elenco delle prestazioni**

**PROFILASSI DETARTRASI (1)**

**Totale € 80,00**

Il piano di cura è stato discusso e ne ho compreso finalità, limiti e rischi.

**Modalità di Pagamento:**

1. Pagamento dilazionato per importi superiori a € 500,00
2. Pagamento in un'unica soluzione con sconto immediato del 5%
3. Pagamento rateale:
  - 30% all'accettazione del preventivo
  - 40% a metà terapia
  - 30% a fine terapia

Per preventivi di importo inferiore a € 500,00 si richiede saldo ad inizio terapia.

Il pagamento può essere effettuato in contanti per importi inferiori a € 1000,00, mediante assegni non trasferibili, bonifici o sistemi di pagamento elettronico (carte di credito, pos) per importi superiori.

Intese Particolari \_\_\_\_\_

Il paziente può recedere in qualunque momento dal proseguimento delle cure pagando solamente le prestazioni di cui ha beneficiato.

Polizza R.C. professionale odontoiatri ANDI/Cattolica n. 2106.12.300195

Data

Firma del paziente per  
accettazione e presa visione

\_\_\_\_\_

**DOTT. DONATO GIORDANO**  
**ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA**  
Via Vignolese, 870 - 41125 MODENA  
Tel. 059 375281  
Cod. Fisc. GRDDNT65S02F631L  
Partita Iva 03547650360

**PALMIERI SARA**  
**VIA G. SARAGAT9**  
**41013 - CASTELFRANCO EMILIA ((MO) )**

**Preventivo "ORTODONZIA" data 4.feb.25**

**Elenco delle prestazioni**

**ORTODONZIA MASCHERINA DI CONTENZIONE ATTIVA (1)**

**ORTODONZIA MASCHERINA DI CONTENZIONE ATTIVA (1)**

**Totale € 400,00**

Il piano di cura è stato discusso e ne ho compreso finalità, limiti e rischi.

**Modalità di Pagamento:**

1. Pagamento dilazionato per importi superiori a € 500,00
2. Pagamento in un unica soluzione con sconto immediato del 5%
3. Pagamento rateale: - 30% all'accettazione del preventivo  
- 40% a metà terapia  
- 30% a fine terapia

Per preventivi di importo inferiore a € 500,00 si richiede saldo ad inizio terapia.

Il pagamento può essere effettuato in contanti per importi inferiori a € 1000,00, mediante assegni non trasferibili, bonifici o sistemi di pagamento elettronico (carte di credito, pos) per importi superiori.

Intese Particolari \_\_\_\_\_

Il paziente può recedere in qualunque momento dal proseguimento delle cure pagando solamente le prestazioni di cui ha beneficiato.

Polizza R.C. professionale odontoiatri ANDI/Cattolica n. 2106.12.300195

Data

Firma del paziente per  
accettazione e presa visione

\_\_\_\_\_