

STUDIO DENTISTICO

.....

ACCORDO PER LA DILAZIONE DI PAGAMENTO

Tra

Il dott.....C.F....., con studio
in.....via....., medico odontoiatra

e

Il sig....., C.F....., residente
in.....via....., paziente

Premesso che

- il paziente ha richiesto e ottenuto un intervento per conclusosi con esito favorevole il.....
- il costo complessivo per il suddetto intervento, riconosciuto dal paziente, è pari a euro.....
- il paziente richiede e si avvale della facoltà di effettuare il pagamento dilazionato in n.....rate mensili/ bimestrali sino al saldo
- ciascuna rata sarà composta da una porzione di capitale e una d'interesse convenzionale concordemente stabilito nella misura del Tasso Effettivo Globale Medio (TEGM) aumentato del 25% secondo il seguente schema

Data	Importo capitale	Interesse	Totale rata

- in caso di mancato pagamento di una sola rata il paziente decadrà dal beneficio del termine accordato ex art. 1186 c.c.

Venezia,

dott.....

sig.....