

Luogo, _____

Egr. Signor
MARIO ROSSI Via
Mazzini 12
00100 Roma

RACCOMANDATA A/R

OGGETTO: SOLLECITO DI PAGAMENTO

Il sottoscritto Dott. _____, medico veterinario iscritto all'Albo di
(Provincia), n. iscrizione _____, con ambulatorio in (Luogo), Via _____,

premesso che

1. come da consenso da lei prestato, in data __/__/__, presso il mio ambulatorio, ho eseguito sul cane/gatto/altro di sua proprietà, (microchip o altra identificazione) la seguente prestazione: _____;
2. le è stata consegnata regolare nota di pagamento (o fattura n. __) del __/__/__ di € _____;
3. ad oggi non risulta adempiuto il pagamento di € _____.

Tutto ciò premesso e considerato, con la presente le richiedo formalmente di eseguire il pagamento di € _____, entro e non oltre il termine di 15 giorni dal ricevimento della presente, fatti salvi i maggiori danni ed interessi.

In caso di mancato riscontro entro il termine suddetto, mi vedrò costretto ad agire nelle competenti sedi per la tutela dei miei diritti ed interessi, con riserva di adire le opportune vie legali per il rimborso delle spese, interessi di mora e risarcimento dei danni, con aggravio di costi a suo esclusivo carico.

Con ogni più ampia riserva di diritti, ragioni ed azioni, porgo distinti saluti.

Firma _____