**Facsimile di preventivo**

Egregio Signor/Gentile Signora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto: **preventivo di massima.**

*In relazione alla Sua cortese richiesta, ai sensi e per gli effetti dell’art.9, co.6 del D.L. n.1/2013, conv. in L. n.27/2012 come modificato dal comma 150 della L. n.124/2017, si formula il preventivo di massima nei seguenti termini:*

***Tipologia dell’incarico:*** *specificare (colloqui psicologici / somministrazione TEST / DSA / valutazione e selezione del personale /…. )*

***Complessità: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*- prestazione ordinaria/complessa per i seguenti motivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Determinazione del compenso***

*Prestazione (specificare se compenso per seduta, per singola attività o complessiva).*

*€.......(...) contributi €.......(...) oneri fiscali*

***Termini di pagamento***

*1) €... (...) al momento della sottoscrizione del contratto di incarico professionale;*

*b) €... (...) entro ....... il saldo a conclusione dell'incarico.*

*Con riferimento alle modalità di pagamento si precisa che verranno corrisposti acconti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oppure che il pagamento del corrispettivo dovuto allo Psicologo avverrà alla fine di ogni seduta / ovvero al momento della consegna della relazione / ricerca / etc. del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

*Nel caso di disdetta dell’appuntamento fissato nelle 24 ore antecedenti il pz. s’impegna a corrispondere un corrispettivo pari al \_\_\_\_% dell’importo pattuito.*

*Si precisa che in ambito clinico il compenso non può essere condizionato all’esito o ai risultati dell’intervento professionale.*

*Il corrispettivo suindicato è formulato in relazione alle circostanze prevedibili e alle informazioni da Lei fornite.*

*Il presente preventivo deve intendersi suscettibile di modifiche in aumento, da comunicare per iscritto, qualora le prestazioni da svolgere siano "maggiormente complesse" rispetto a quelle ad oggi ipotizzabili.*

*Il dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è assicurato con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – polizza n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\*in caso di studio associato o società, per le integrazioni specifiche relative al professionista si rinvia al consenso informato in cui compaiono i dati di riferimento, anche in relazione al n. di polizza assicurativa*

*Si rimane in attesa di un tempestivo riscontro e si porgono i migliori saluti.*

*Data e firma del Professionista*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Per accettazione:*

*Data e firma del Cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*