

Wila, im August 2020

Bestätigung Zahnuntersuchung beim Privatzahnarzt

Bitte senden Sie diese Bestätigung nach erfolgter Kontrolle an die Schulverwaltung der Primarschule Wila.

Familienname:

1. Kind Vorname: Geb.-Datum Klasse

2. Kind Vorname: Geb.-Datum Klasse

3. Kind Vorname: Geb.-Datum Klasse

4. Kind Vorname: Geb.-Datum Klasse

5. Kind Vorname: Geb.-Datum Klasse

Wurde(n) untersucht am:

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r):

Stempel und Unterschrift der Zahnarztpraxis:

Die Kosten werden von der Krankenkasse übernommen und wir verzichten deshalb auf eine Kostenrückerstattung.

Wir wünschen eine Kostenrückerstattung und legen einen eigenen Einzahlungsschein bei oder tragen unsere Angaben ein.

Postkonto-Nr. oder IBAN:

Kontoinhaber: Name/Vorname

Adresse

Spätester Einsendetermin: 31. März 2021