



**Rückmeldung über die durchgeführte zahnärztliche
Kontrolluntersuchung**

Schulgemeinde: Wildberg

Vorname/Name:.....

Klasse:.....

Die zahnärztliche Kontrolluntersuchung hat

amstattgefunden.

Datum, Stempel und Unterschrift (Zahnarztpraxis)

Für die Rückerstattung von pauschal CHF 45.00 nötige Angaben:

IBAN-Nummer, Name und Anschrift des Kontoinhabers und des Finanzinstitutes.

IBAN:.....

Kontoinhaber:.....

Name und Anschrift des
Finanzinstitutes:.....

.....

Bitte reichen Sie dieses Formular an die Schulverwaltung ein, auch wenn Sie auf die Erstattung der Pauschale verzichten.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!