



---

# GUTSCHEIN (gültig von 19.08.2019 – 31.05.2020)

für eine kostenlose zahnärztliche Untersuchung mit Behandlungs-Voranschlag  
(exklusive Röntgen) im Wert von CHF 33.10

---

**Durch die Eltern auszufüllen:**

Name des Kindes \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Schule

- Kindergarten  
 Primarschule, Klasse:  
 Sekundarschule, Klasse:  
 Gymnasium, Klasse:

Wohnadresse \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/r  
(Vorname, Name) \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bankverbindung** \_\_\_\_\_

➔ Bitte senden Sie den unterzeichneten Gutschein **bis spätestens am 30. Juni 2020** an das Sekretariat der Schule Meierskappel, Höfli 1, 6344 Meierskappel. Vielen Dank.

---

**Durch die Zahnärztin / den Zahnarzt auszufüllen:**

Praxis-Name, Adresse  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Datum der Untersuchung \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_