



---

# GUTSCHEIN (gültig bis 31. Mai 2019)

**für eine kostenlose zahnärztliche Untersuchung mit Behandlungs-Voranschlag  
(exklusive Röntgen) im Wert von CHF 26.50**

---

**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 2019** 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 \_\_\_\_\_