



GUTSCHEIN (gültig bis 31. Mai 2018)

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 2018** an
das Sekretariat der Schule Meierskappel, Höfli 1, 6344 Meierskappel

Durch die Zahnärztin / den Zahnarzt auszufüllen:

Praxis-Name, Adresse
Telefon-Nr. _____

Datum der Untersuchung _____

Stempel und Unterschrift _____