



Schule untere Emme



Rückvergütungsformular Zahnuntersuchungskosten



Name des Kindes/der Kinder



.....

Klasse/n:

Adresse:.....

Zahnarzt:.....

Untersuchung am:

Die uns zustehende Rückvergütung überweisen Sie bitte folgendem Konto

Bank (IBAN Nr):

PC Konto:

Datum: Unterschrift:

- Die Rechnung wird durch Sie bezahlt
- bitte Zahlungsbestätigung beilegen
- es wird nur die oblig. Untersuchung rückerstattet, kein Zähneputzen etc.
- max. Rückvergütungstarif : 30.00 CHF/Kind