



Bestätigung zahnärztlicher Untersuchung (Schuljahr 2023/24)

Hiermit bestätige ich, den zahnärztlichen Untersuchung durchgeführt zu haben bei:

Name / Vorname

Geburtsdatum

Name/Vorname Eltern/Erziehungsberechtigte

.....

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Zahnarzt

***Von den Eltern/Erziehungsberechtigten auszufüllen für die Rückerstattung des
Vorsorgebeitrages der Gemeinde Hettlingen:***

IBAN-Konto-Nr.

Name Bank/Post

Bank-/Postkonto lautend auf

Die Rückerstattung erfolgt nur unter Bekanntgabe der vollständigen Angaben.

- Wir verzichten auf die Rückerstattung des Gemeindebeitrages.
(Die unterzeichnete Bestätigung muss trotzdem eingereicht werden)

Bitte bis **12. Juli 2024 inkl. Rechnungskopie des Zahnarztes** an die
Schulverwaltung einreichen. Vielen Dank.