Schule Meinisberg

Hauptstrasse 45, 2554 Meinisberg

Beitrag an ordentliche Zahnkontrolle (4331.3136.01)

Name/Vorname Vater oder Mutter: _____

Adresse: _____

Name/Vorname des Kindes/der Kinder: _____

Betrag Zahnarztrechnung: _____
(Beitrag Gemeinde **CHF 30.00 pro Kind**)

Name Bank / IBAN-Nummer: _____

Name des Kontoinhabers: _____

Der Beitrag wird durch die Finanzverwaltung der Gemeinde überwiesen

Verantwortliche Person für die Schulzahnpflege (wird von der Schule ausgefüllt)

Name/Vorname: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Kommission für das Bildungswesen (wird von der Kommission ausgefüllt)

Zur Zahlung angewiesen (Beitrag Gemeinde) _____

Name/Vorname: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Formular (inkl. Rechnungskopie) als PDF an: sekretariat@schule-meinisberg.ch

Oder per Post an:

Schule Meinisberg Sekretariat
Sekretariat
Hauptstrasse 45

2554 Meinisberg