RECHNUNGSFORMULAR FÜR SUBVENTIONIERTE KIEFERORTHOPÄDIE ODER KONSERVIERENDE ZAHNBEHANDLUNGEN

Association valaisanne pour la prophylaxie et les soins dentaires à la jeunesse

Walliser Vereinigung für Prophylaxe und Jugendzahnpflege

Nr. des Subventionsgesuches : ____________ nur für Kieferorthopädie

Nr. Zahnarzt : ____________

Nr. Gemeinde (Wohngemeinde des Patienten) : ____________ Bitte auf die richtige Angabe achten

Rechnung auf ☐ Französisch ☒ Deutsch

Behandlung vom ___ / ___ / ___ bis ___ / ___ / ___

In Druckschrift schreiben :

Name und Vorname des Patienten : ____________

Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters : ____________

Adresse : Strasse + Nr. / Postfach : ____________

PLZ Wohnort : ____________

Geburtsdatum des Patienten : ___ / ___ / ___

Anzahl	Ziffer	Text
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	