

Schule Reichenbach  
Sekretariat  
Mühle 1  
3713 Reichenbach

**Rückforderungsbeleg Schulzahnarzt CHF 30.00**

Name des Kindes:

Name und Adresse Kontoinhaber/in:

IBAN-Nummer:

Beilage:

- **Kopie Zahnarztrechnung**