Nicole Brunello, 032 617 36 39

Schulkreis BeLoSe
Friedhofstrasse 2
4512 Bellach

Anmeldung zur Schulzahnpflege

Name / Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Name/Vorname Eltern: .....

.....

Strasse: .....

PLZ/Ort: .....

Bitte gewünschte/n Zahnärztin / Zahnarzt ankreuzen

☐ Dres. Bracher/Lisibach/Kläy
Loretostr. 33
4500 Solothurn
032/623 33 11

☐ Dr. Gilles Ducaud
St. Urbangasse 23
4500 Solothurn
032/625 79 79

☐ Dr. Alix Vestergaard Pauli
Gassackerweg 4a
2545 Selzach
032/641 22 22

☐ Dr. Sven Witmer
Niklaus-Konrad-Str. 19
4500 Solothurn
032/622 29 78

☐ Zahnmedizinisches Zentrum Obach
Leopoldstrasse 1
4500 Solothurn
032/622 39 73

☐ Wir haben einen privaten Zahnarzt, der die Behandlung übernimmt; unser Kind kommt aber zur regelmässigen Kontrolle (bitte oben somit einen Zahnarzt wählen).

Unterschrift eines Elternteils

.....

Datum:

.....