



Tilmelding til specialtandplejen i Rebild Kommune

Jeg vil gerne modtage tilbuddet om specialtandpleje til mit barn

Person	
CPR-nummer	
Navn	
Adresse	
Postnummer	
By	
Egen læge	
Tidligere tandlæge	

Kontaktperson	
Navn	
Telefon	

Samtykke og accept	
Dato:	Underskrift:

Udfyldes og sendes til:

Rebild Tandpleje
Specialtandplejen
Mastrupvej 75
9530 Støvring

