



Ansøgning til specialtandplejen i Rebild Kommune

Jeg vil gerne modtage tilbuddet om specialtandpleje i Rebild Kommune.

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

Kontaktperson	
Navn	
Telefon	

Samtykke og accept	
Samtykkeerklæring til videregivelse af journaloplysninger samt accept af egenbetaling på 2.380 kr. årligt.	
Dato:	Underskrift:

Udfyldes og sendes til:

Rebild Tandpleje
 Specialtandplejen
 Mastrupvej 75
 9530 Støvring

