

HAKEMUS SAATTOKORVAUKSESTA HAMMASHOITOKULJETUKSISSA

KANGASALAN KAUPUNKI

Oppilaan nimi _____

Koulu: _____ Luokka: _____

Hammashoitopiste _____

Henkilötunnus _____ - _____

Kotiosoite _____

Huoltaja _____

Huoltajan puhelinnumero _____

Huoltajan tilinumero _____

Matkan pituus koulun osoitteesta hammashoitopisteeseen _____ km yhteen suuntaan.

Hammashoitoaika pvm ____ / ____ klo _____.

Lisätietoja _____

Hakijan allekirjoitus Kangasalla ____ / ____ 20 ____

PÄÄTÖS

____ / ____ 20 ____ § _____

__ Saattokorvaus _____ eur myönnetään

__ Saattokorvausta ei myönnetä, syy _____

johtavan ylihammaslääkärin allekirjoitus