

## Uppsägning av Frisktandvårdsavtal

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Härmed säger jag upp avtalet om Frisktandvård

Anledning till uppsägning (frivilligt att ange): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort och datum: \_\_\_\_\_

Namnteckning: \_\_\_\_\_