

Formular für den Kauf von Brillen

Bitte anhängen die Originalrechnung des Optikers zusammen mit diesem Formular

Rechnungsnummer	_____
Staatlich anerkannte Augenoptiker (Stempel & Unterschrift)	_____

Kunde	_____
Name	_____
Adresse	_____
Personenkennziffer	_____

Brillenglasstärken nach Refraktion

	Sph	Cyl	Axis	Add
R:				
L:				

Einstärkenbrille:
 Mehrstärkenbrille:
 Sonnenbrille:

Preis & Währung	
Brillenfassung	_____
Glas (<i>rechts</i>)	_____
Glas (<i>links</i>)	_____
Summe	_____
Preisnachlass	_____
Eigenanteil	_____

Betrag erhalten am	_____	<i>Datum</i>	/	_____	20
Abholung	_____	<i>Datum</i>	/	_____	20

Denne blanket sendes til Sygeforsikringen "danmark" sammen med den originale regning.