

BESTELFORMULIER VEILIGHEIDSBRILLEN / BEELDSCHERMBRILLEN

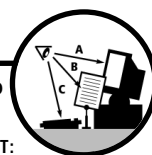
BEDRIJF:	DEBITEURENNUMMER:
ADRES:	VOLGNUMMER:
POSTCODE: PLAATS:	DATUM ONTVANGST:
T.A.V.:	JAARORDER:
TELEFOON:	ORDERNUMMER:
BRIL VOOR: <input type="radio"/> DHR <input type="radio"/> MEVR	OPTICIËN:
PERS. NR.: AFDELING:	FILIAALNUMMER: <input type="radio"/> FILIAALINKOOP

VEILIGHEIDSBRIL
 BEELDSCHERMBRIL
 ADEMLUCHTMASKERBRIL

BEDRAG

AANVULLENDE INFORMATIE VOOR BEELDSCHERMBRIL

MONTUUR:	MAAT:	
<input type="radio"/> ZIJKAPJES TYPE:		
<input type="radio"/> ETUI TYPE:		
DIVERSEN:		



AFSTAND VAN DE OGEN TOT:

A BEELDSCHERM:

CM

B DOCUMENT:

CM

C TOETSENBORD:

CM

AANTAL BEELDSCHERMUREN PER DAG:

BEELDSCHERMKLACHTEN:

JA NEE

LEEFTIJD:

OOGMETING GEWENST:

JA NEE

<input type="radio"/> GLAS <input type="radio"/> THERMISCH GEHARD <input type="radio"/> CHEMISCH GEHARD <input type="radio"/> ONTSPIEGELD <input type="radio"/> KLEUR:	
<input type="radio"/> KUNSTSTOF <input type="radio"/> KRASVAST <input type="radio"/> ONTSPIEGELD <input type="radio"/> KLEUR:	
<input type="radio"/> REFRACTIE <input type="radio"/> EIGEN BRIL <input type="radio"/> BESTAAND RECEPT <input type="radio"/> RECEPT OOGARTS	
TYPE GLAS: DIAMETER: DIV.:	
<input type="radio"/> VERTE <input type="radio"/> LEZEN <input type="radio"/> BIFOCAAL <input type="radio"/> HPM <input type="radio"/>	
PUPILAFSTAND: VERTE LEES MM PD R MM	
PUPILHOOGTE: R L MM PD L MM	
RECHTS: S C AS	
LINKS: S C AS	
ADDITIE:	

TOTAALBEDRAG EURO :

BIJLAGEN: <input type="radio"/> OPDRACHTFORMULIER <input type="radio"/> RECEPT
NAAM OPDRACHTGEVER:
DATUM:
HANDTEKENING:



KOPIE BEHOUDEN EN ORIGINEEL OPSTUREN NAAR:

HÜTTER SAFETY
 KRUISWEG 763
 2132 NG HOOFDDORP
 TELEFOON 020-653 34 00
 FAX 020-653 34 13