

REKVISITIONSBLANKETT FÖR GLASÖGONINKÖP

IFYLLES INNAN BESÖKET HOS OPTIKER

Bildskärmsglasögon Skyddsglasögon _____

Företag: _____ Organisationsnummer: _____

Namn: _____ Personnummer: _____

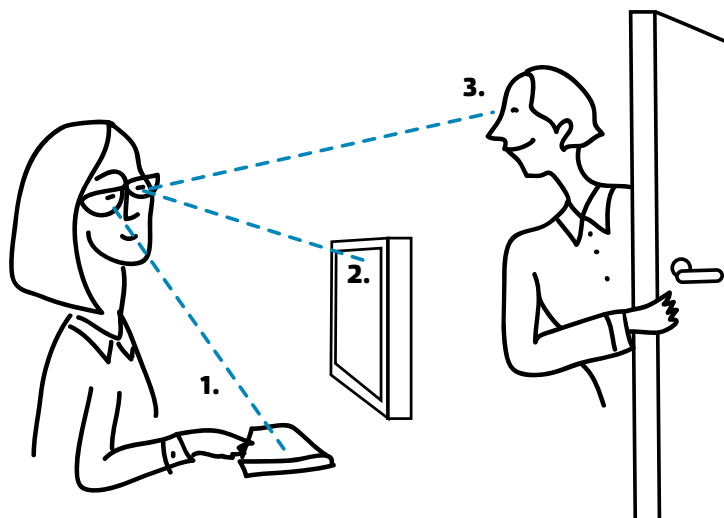
E-post: _____

Fakturaadress: _____

Fakturareferens: _____

Synavstånd för olika arbetsuppgifter

Mät avstånden och skriv in måtten



1. _____ cm

2. _____ cm

3. _____ cm

Beskrivning av arbetsuppgifter: _____

Skärmtimmar: _____ /dag

Företaget ersätter glasögon, synundersökning och eventuell arbetsplatsbesök enligt gällande avtal med företaget och Synoptik. Denna rekvisition är gällande i två månader från underskrift.

Datum: _____

Tel: _____

Underskrift attesterande chef

Namnförtydligande

E-mail