

LÄHETE OPTIKOLLE

NIMI _____

HENKILÖTUNNUS _____

OSOITE _____

TOIMIPAIKKA _____

TYÖTEHTÄVÄ _____

TIEDOT SILMÄLASEISTA

YLEISLASIT (KÄYTÖSSÄ OLEVAT) OD _____

OS _____

ADD _____

LINSSITYYPPI _____

ERITYISTYÖLASIT OD _____

OS _____

ADD _____

SILMÄNPAINNE OD _____ OS _____

ERITYISTYÖLASIEN TARVE EI KYLLÄPERUSTELU POIKKEAVA VOIMAKKUUS POIKKEAVA ASENNUS POIKKEAVA LINSSITYYPPI MUU SYY

LINSSITYYPPI _____

LISÄTIEDOT _____

TAMPERE _____ / _____ 20 _____

Optikon allekirjoitus

