

	Werkstattauftrag	Einschleifservice	Kd. Nummer:	
			Datum:	

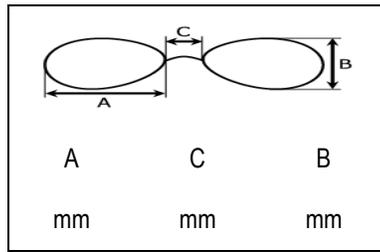
E-mail: info@opti-kos.de	Tel.: +49 (0) 2273 913 935	Fax: +49 (0) 2273 913 938
--------------------------	----------------------------	---------------------------

Gläser wurden vorab bestellt!

<u>Vergütung:</u>		<u>Index:</u>	
<u>Tönung</u>		<u>Typ:</u>	
<u>Bemerkung</u>		<u>Basis Kurve:</u>	
<u>Kommission</u>		<u>Ø:</u>	

	sph.	cyl.	Axe	Add.	Prisma	Basis	Fern PD 	Höhe \updownarrow		
R										
L										

<u>Individual Parameter</u>	
FSW	
HSA	
Leseentfernung	



Temporal	Rechtes Glas	Nasal

<u>Fassung</u>	<input type="checkbox"/> Nylorfassung: min. Randdicke mm (Standard 2 mm)
	<input type="checkbox"/> Randlosbrille: min. Randdicke mm (Standard 2 mm)
	<input type="checkbox"/> Vollrandfassung

<u>Fassung</u>	Marke:	
	Modellnummer:	

DATUM, STEMPEL, UNTERSCHRIFT