

Rekvisionsblankett för glasögoninköp

Ifylles innan besök hos optiker

Bildskärmsglasögon: Skyddsglasögon: _____:

Företag: _____

Namn: _____

Organisationsnummer: _____

Födelsedatum: _____

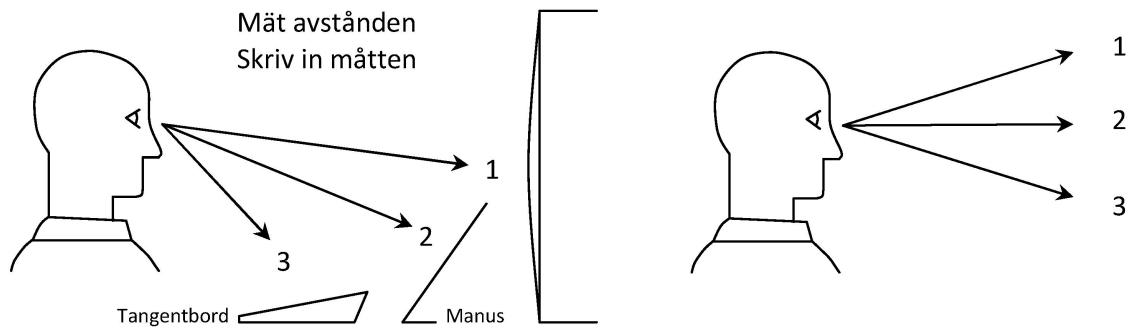
Fakturaadress: _____

Fakturareferens: _____

Synavstånd för olika arbetsuppgifter

Bildskärmsarbete

Annat arbetsrelaterat avst. _____



Beskrivning av huvudsakliga arbetsuppgifter: _____

Synbesvär i arbetet: Ja Nej Typ av besvär: _____

Skärmtimmar: _____ /dag _____

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

_____ Datum

_____ Underskrift attesterande chef

_____ Namnförtydligande