

MONTURE DE LUNETTES / VERRES / LENTILLES

Données concernant le membre (compléter en lettres capitales s.v.p.) ou coller vignette bleue du chef de famille

Nom : Prénom :
Rue : Numéro :
Code Postal : Commune :
Tél : Numéro matricule :

Données concernant le membre qui a droit à l'intervention (un formulaire par membre)

Nom du membre :
Date de naissance : / /

Déclaration de l'opticien

Je, soussigné, opticien agréé

.....
Adresse (cachet)
.....
.....
.....

Déclare que l'achat de (1)

- monture de lunettes
- verres
- lentilles de contact
- lentilles de nuit

A été fait pour le membre susmentionné.

Prix d'achat euros

Date

Signature opticien :

(1) Cocher la mention qui convient