



Optique

(montures/verres/lentilles/lentilles de nuit/pansements oculaires)

Vos données

Nom et prénom	
Adresse	
Numéro de registre national	
Adresse e-mail	

A compléter par l'opticien, l'ophtalmologue ou le pharmacien

Je soussigné, opticien¹, ophtalmologue ou pharmacien²:

Nom	
Adresse	

Déclare que pour le membre ci-dessus (cocher la mention qui convient) a acheté :

- une monture des verres des lentilles de contact
 des lentilles de nuit des pansements oculaires

Prix: _____ euros

Date: ____ / ____ / _____

Signature de l'opticien, ophtalmologue ou pharmacien:

¹ Opticien dans le cas d'achat de lentilles

² Pharmacien dans le cas de pansements oculaires