



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