

N° de client 120955

Formulaire de commande / lunettes médicales de protection

Le formulaire est valable <u>un mois</u> depuis la date d'émission

Prénom :						
Nom:						
Date de naissance :						
Faculté/Service: CDH - CD	M - 🗆 ENAC - 🗆 IC - 🗆 SB - 🗆 STI - 🗆 SV – 🗈 VPO					
Choix du magasin : Renens +4121 636 30 00 Morges +4121 811 45 30 Neuchâtel +4132 724 26 24	□ Lausanne-Métropole +4121 323 92 61 □ Genève-Les Cygnes +4122 738 83 38 □ Sion +4127 322 57 40					
Nom et signature du supérieur hiérarchique :						
Le formulaire (format PDF) doit être envoyé à la VPO-SE par e-mail à prevention-ohs@epfl.ch pour validation. Un email de confirmation vous parviendra ultérieurement pour prendre RDV au sein du magasin coché ci-dessus. Date : Timbre et signature de la VPO-SE pour validation :						
Procédure de commande pour le magasin Visilab :						
 Faire l'examen de la vue si nécessaire ou rapporter la prescription Choisir l'équipement avec le collaborateur dans la limite du contrat prévu (cases précochées) Forte amétropie, 1.67 autorisé si contrat hors gamme de fabrication (voir le pdf Verre sous la rubrique protection) 						

• Cocher les cases correspondantes à l'équipement choisi • Demander au collaborateur où il désire récupérer ses lunettes

• En cas de question : 058 710 06 90

• Envoyer la commande par scan ou mail à <u>order@visilab-atwork.ch</u>



Hauteur

À remplir par le Magasin Visilab :

	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	Prisme	DP		
OD								
OG								
Nom du magasin :								
Examen de la vue :								
Date de l'examen/prescription :								
Modèle de montures validées : ☐ B808 (VAW21+) ☐ Klassee								
	☐ Harper ☐ X-Tra ☐ Kurt ☐ Ko							
Type de ve	erres :	□sv		☐ Progressif				
		☐ Double	foyer [☐ Indoor HD → ☐book ☐screen ☐ roo				
		_	_	_				
Matière :		□CR39		Trivex		1.67		
Traitement	SAR:	⊠ Non						
Livraison :		⊠ En ma	gasin					
Divers / Remarques :								