

Order form / Medical safety glasses

The form is valid one month from the date of issue

First Name :

Last Name :

Date of birth :

School/Service : ☐ CDH - ☐ CDM - ☐ ENAC - ☐ IC - ☐ SB - ☐ STI - ☐ SV - ☐ VPO

Choice of store :

- ☐ Renens +4121 636 30 00 ☐ Lausanne-Métropole +4121 323 92 61
☐ Morges +4121 811 45 30 ☐ Genève-Les Cygnes +4122 738 83 38
☐ Neuchâtel +4132 724 26 24 ☐ Sion +4127 322 57 40

Name and signature of the line manager :

The form (PDF file) must be sent to the VPO-SE by e-mail to prevention-ohs@epfl.ch.
A confirmation e-mail will be sent to you when you can make an appointment in the Visilab store chosen above.

Date :

Stamp and signature of the VPO-SE for 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 pré-cochées)
- 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

À remplir par le magasin :

	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	Prisme	DP	Hauteur
OD							
OG							

Nom du magasin :

Examen de la vue : ☐ En magasin ☐ Prescription

Date de l'examen/prescription :

Modèle de montures validées : ☐ B808 ☐ Klassee..... ☐ Kurt

☐ Harper ☐ X-Tra ☐ Kover

Type de verres : ☐ SV ☐ Progressif
☐ Double foyer ☐ Indoor HD → ☐ book ☐ screen ☐ room

Matière : ☐ CR39 ☐ Trivex ☐ 1.67

Traitement SAR : ☒ Non

Livraison : ☒ En magasin

Divers / Remarques :