

Rekvision Arbetsglasögon

CITY
OPTIK
STOCK
H O L M

Optiker
Adress

Företag	Datum
Adress	Beställare
	Telefon

Resultatenhet / Projektnummer	Aktivitet	Resurs	Attesteras, närmaste chef
-------------------------------	-----------	--------	---------------------------

- Bildskärmsglasögon Arbetsglasögon (Enligt AFS 1998:1) Skyddsglasögon

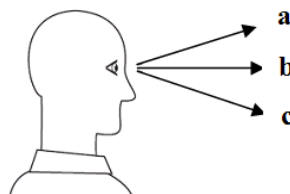
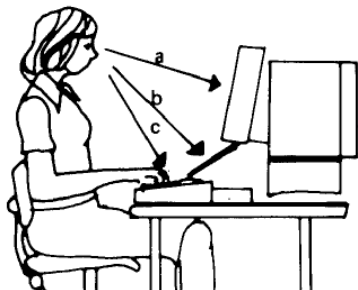
Personnummer	Namn	Anställningsnummer
Typ av arbete		Skärmtimmar per dag

Arbetsavstånd

a max = _____ a min = _____ b max = _____ b min = _____
c max = _____ c min = _____

1. Bildskärm med tangentbord och manuskript.

2. Annat arbete.



Vilka synbesvär förekommer i arbetet?

Arbetsgivarens underskrift

Namnförtydligande

Telefon

Datum

Svar från optiker:

Synundersökning: _____ kr

Glas: S/V S/V RX Närprogr. Rumsprogr. Annat glas: _____ Ytbehandling

Båge: Pris exkl moms: _____ kr, varav arbetsgivaren skall betala _____ kr

Totalpris: Kompletta glasögon (exkl.moms) _____ kr

Garantinummer _____