



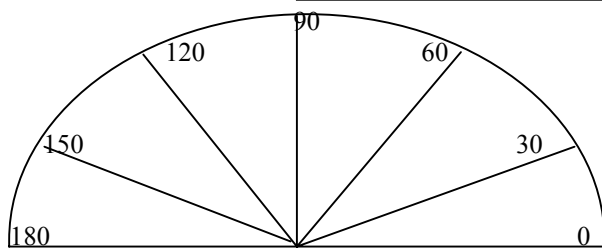
SCHEDA PRESTAZIONE OCULISTICA

Signor _____ nato il _____

Cognome e nome del beneficiario della prestazione

domiciliato in _____ C.A.P. _____

DA COMPILARSI A CURA DELLO STUDIO



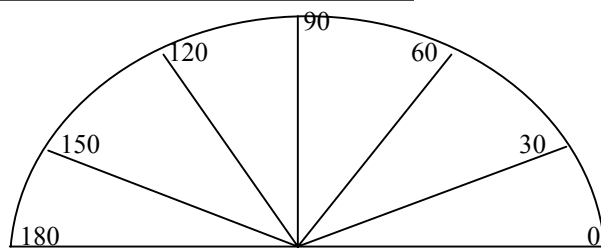
occhio destro

sfero	cilindro	asse

per distanza

a permanenza

Per vicino



occhio sinistro

sfero	cilindro	asse

TIMBRO E FIRMA DELL'OCULISTA

DATA

DA COMPILARSI A CURA DELL'OTTICO

SPESA PER LENTI CORRETTIVE € _____

SPESA PER MONTATURA € _____

TOTALE IMPORTO SPESO € _____

DATA

TIMBRO E FIRMA DELL'OTTICO

N.B. La presente scheda deve essere accompagnata da fattura originale o scontrino fiscale e **INTESTATA ESCLUSIVAMENTE al BENEFICIARIO della PRESTAZIONE**