



BESTELLFORMULAR

Fax : 07164-91030-66 Tel. :07164-91030-60

Name oder Stempel der Firma	Kundennummer	Angaben zum Brillenträger: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Name : _____ Vorname : _____ Ihre Bestell-Nr : _____
	Datum	

<input type="checkbox"/> Organisch <input type="checkbox"/> Polycarbonat <input type="checkbox"/> Trivex <input type="checkbox"/> Mineral	Bezeichnung des Glases:	Durchmesser in mm:
	Beschichtung u. Tönung:	

	Sphäre	Cyl +	Achse	Addition	Prisma	Basis Prisma
R						
L						

RA		Nase →

A = _____ mm Glasbreite	B = _____ mm Glashöhe	D = _____ mm Brückenbreite
	FernS. NahS.	
PD R		PD L
PH R		PH L
<input type="checkbox"/> Umrandet <input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Nylon <input type="checkbox"/> Gebohrt		
Min. Stärke am Rand oder an den Bohrungen : _____ /10		

Bitte einzeichnen: Gleitsicht = Zentrierkreuz
 Bifokal = Segmenthöhe und Fernsicht Zentrierkreuz
 Unifocal = Optischer Mittelpunkt

Kommentare :

Für individualisierte Gläser* : Abstand Glas/Auge : _____ mm Pantoskopischer Winkel : _____ ° Fassungs-scheibenwinkel : _____ ° Glasbasis (konvex)** : _____	Standardmäßige Werte : Abstand Glas/Auge : 12 mm Pantoskopischer Winkel : 10° Fassungs-scheibenwinkel : 5° /15° OrgaSPORT
---	---

*Wenn eine oder mehrere Seiten nicht angegeben sind, wird der Standard-Wert zugrunde gelegt. **Nur für OrgaSPORT.