

**BESTELFORMULIER**  
**PROTEYE® Clear C™ duikglazen en zwembrillen**

**FAX +31(0)118-650906**

Bedrijf/Naam : \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_









Adres : \_\_\_\_\_ Ref. : \_\_\_\_\_

PC/plaats : \_\_\_\_\_

Tel./fax : \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Opdrachtgever/contactpersoon: \_\_\_\_\_

Kruis het type glas aan voor uw bestelling :

							
STANDAARD MIN	STANDAARD PLUS	STANDAARD LEES	STANDAARD BIFOCAAL	RECEPT PLUS	RECEPT LEES	RECEPT MIN	RECEPT BIFOCAAL
1	2	3	4	5	5a	6	7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Types 5 en 6 kunnen ook als 'look-under' worden geleverd (voor mensen die beter lezen zonder vertebroil).  
 Vul onderstaand recept zo volledig mogelijk in. Bij vragen hierover kunt u altijd terecht bij uw Proteye-leverancier of opticien.

**Uw (bril)recept:**

**R** S \_\_\_\_\_ \*C \_\_\_\_\_ \*as \_\_\_\_\_

Voor bifocaal/leesdelen: add. (leestoeslag) \_\_\_\_\_

**L** S \_\_\_\_\_ \*C \_\_\_\_\_ \*as \_\_\_\_\_

\*Pd \_\_\_\_\_  \*\*Segment hoogte \_\_\_\_\_ 

(\* alleen voor receptglazen)

(\*\* voor leesdelen, bifocale- of 'look under'-glazen)

Merk duikmasker/zwembril: \_\_\_\_\_

Type duikmasker/kleur zwembril: \_\_\_\_\_

Om een sluitende passing te garanderen verzoeken wij u duikglazen het masker samen met dit formulier op te sturen. Ons postadres:

PROTEYE - Postbus 162 - 4330 AD MIDDELBURG - Nederland