

IN TE VULLEN DOOR OPTICIEN

Ondergetekende Naam :
 Adres :

Verklaart hierbij de bril toebehorende aan onderzocht te hebben en verbind mij ertoe om dit bestek naar waarheid in te vullen.

Beschadigde bril

	Montuur	Glazen
Merk en type		
Aankoopdatum	/ /	/ /
Prijs op moment van aankoop		
Aard van de schade		
Herstelling mogelijk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Nog bruikbaar in nieuw montuur?	Niet van toepassing	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen

Nieuwe bril

	Montuur	Glazen
Merk en type		
Prijs		
Is er tussenkomst van het ziekenfonds?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen

Opgemaakt te
 Op / /

Handtekening opticien

Schadenummer 010

