



CASSA EDILE DI MUTUALITÀ E ASSISTENZA DELLA PROVINCIA DI ASTI

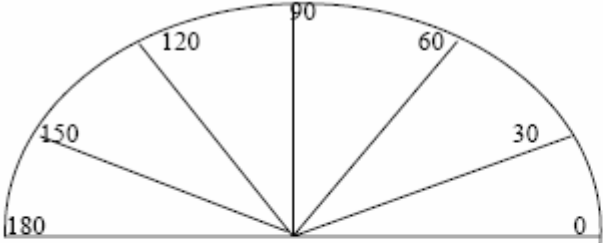
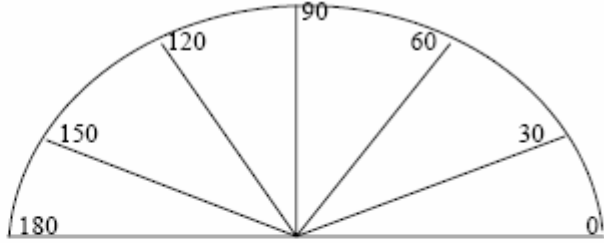
MODULO PRESTAZIONE OCULISTICA

Il sottoscritto _____ Nato il _____

Residente in _____ Via _____

CAP _____ Prov. _____

DA COMPILARSI A CURA DELLO STUDIO

																									
occhio destro	occhio sinistro																								
<table border="1"><thead><tr><th>sfero</th><th>cilindro</th><th>asse</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	sfero	cilindro	asse										<table border="1"><thead><tr><th>sfero</th><th>cilindro</th><th>asse</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	sfero	cilindro	asse									
sfero	cilindro	asse																							
sfero	cilindro	asse																							
	<table border="1"><tr><td>per distanza</td></tr><tr><td>a permanenza</td></tr><tr><td>Per vicino</td></tr></table>	per distanza	a permanenza	Per vicino																					
per distanza																									
a permanenza																									
Per vicino																									
DATA	TIMBRO E FIRMA DELL' OCULISTA																								
<input type="text"/>	<input type="text"/>																								

DA COMPILARSI A CURA DELL' OTTICO

SPESA LENTI CORRETTIVE	€
SPESA PER MONTATURA	€
IVA	€
TOTALE IMPORTO SPESO	€

N.B. Allegare fotocopia fattura

DATA	TIMBRO E FIRMA DELL' OTTICO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Via Borsarelli, 19 – 14100 ASTI – Tel. 0141 53.13.54 – Fax 0141 43.71.88 – Cod.Fisc.: 80002800052

E-mail: ceasti@cassaedile.asti.it Web: <http://www.cassaedile.asti.it>