



Fondo di Previdenza
per il personale MEF

MODULO DI DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ OCCHIALI/L.A.C.

Dati del Fabbricante / Importatore / Distributore :

Ragione Sociale : _____

Indirizzo : _____

Partita IVA / Codice Fiscale : _____

Telefono : _____

Email : _____

Dati dell'Occhiale :

Tipo di occhiale (da sole, da vista, protettivo, altro) : _____

Modello : _____

Codice / Numero di lotto : _____

Materiali utilizzati : _____

Normative di riferimento : _____

Lenti oftalmiche CE/L.A.C.:

Fornitore: _____ Tipo Lente: _____ Trattamento: _____

Visus:

Dx: _____ Cyl Dx _____ Asse Dx _____ DpDx _____ Pris Dx _____ AxDx _____

Sx _____ CylSx _____ AsseSx _____ DpSx _____ Pris Sx _____ AxSx _____

Il Dispositivo medico è conforme ai requisiti essenziali di sicurezza e salute.

Come da prescrizione allegata _____

Come da Suo occhiale in uso su precedente prescrizione _____

È destinato ad essere usato dal Sig. _____ Codice Fiscale _____

Residente in _____

Data: _____

Firma Ottico Optometrista _____