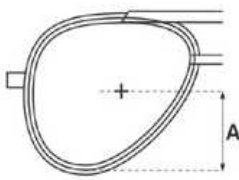
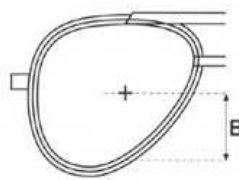


# MODULO D'ORDINE

RICHIEDENTE	UTILIZZATORE
Nome: _____	Nome: _____
Indirizzo: _____	Cognome: _____
Tel: _____ Fax: _____	Divisione aziendale _____
Nome del Responsabile: _____	Rischio <input type="checkbox"/> Agenti Chimici
Data _____	<input type="checkbox"/> Proiezioni meccaniche
Firma: _____	<input type="checkbox"/> Altro

OTTICO				
Nome: OTTICA CUTRONA				
Indirizzo: VIA ADUA, 14 - 28069 TRECATE (NO)				
Tel/Fax: 0321-71630				
<b>1 - Lenti</b>				
CR 39	<input type="checkbox"/> Monofocali	<input type="checkbox"/> Bifocali		
	<input type="checkbox"/> Progressive			
Polycarbonato	<input type="checkbox"/> Monofocali	<input type="checkbox"/> Bifocali		
	<input type="checkbox"/> Progressive			
Minerale	<input type="checkbox"/> Monofocali	<input type="checkbox"/> Bifocali		
	<input type="checkbox"/> Progressive			
	Sfero	Cilindro (+)	Asse	Addizione
DX				
SX				
<b>2 - Trattamenti</b>				
Colorazione	<input type="checkbox"/> Marrone A	<input type="checkbox"/> Grigio A		
	<input type="checkbox"/> Marrone AB	<input type="checkbox"/> Grigio B		
	<input type="checkbox"/> Altro _____			
<input type="checkbox"/> Antigraffio	<input type="checkbox"/> Transition Gris			
<input type="checkbox"/> Antiriflesso	<input type="checkbox"/> Transition Brun			
<b>3 - Montature</b>				
Modello:	Colore:			
Calibro:	Aste speciali:			
Protezioni laterali	<input type="checkbox"/> con	<input type="checkbox"/> senza		
Protezioni laterali rivettate	<input type="checkbox"/> con (supplemento)	<input type="checkbox"/> senza		
<b>5 - Misure</b>				
				
<input type="checkbox"/> Misura A		<input type="checkbox"/> Misura B		
	Altezza Riferimento A o B	Distanza V. Lontano	Distanza V. Vicino	
Occhio Destro				
Occhio Sinistro				
<input type="checkbox"/> Precalibratura (misura A obbligatoria)				
<b>6 - A cura dell'Ottico</b>				
Data: _____		Firma: _____		
Annotazioni: _____				
<b>7 - Visto dell'utilizzatore (alla consegna)</b>				
Data: _____		Firma: _____		