

# Rekvision glasögon

Bildskärmsglasögon    Skyddsglasögon     Annat \_\_\_\_\_

Företag: \_\_\_\_\_ Organisationsnummer: \_\_\_\_\_

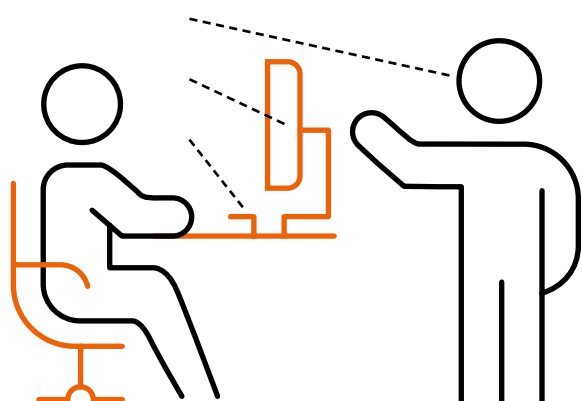
Fakturaadress: \_\_\_\_\_

Fakturareferens: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

## Arbetsavstånd



1. \_\_\_\_\_ cm

2. \_\_\_\_\_ cm

3. \_\_\_\_\_ cm

Företaget ersätter glasögon, synundersökning och eventuell arbetsplatsbesök enligt gällande avtal med företaget och Synoptik. Denna rekvisition är giltig två månader från underskrift.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-post

\_\_\_\_\_  
Underskrift attesterande chef

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

