

FORMULÁRIO DE SERVIÇO

Código do cliente: _____ Data de preenchimento: ____/____/____

Nome ou Razão Social: _____

Serviço(s) solicitado(s):			
LENTE GELATINOSAS	<input type="checkbox"/> Avaliação	<input type="checkbox"/> Classificação	<input type="checkbox"/> Troca lacrada
		<input type="checkbox"/> Limpeza	<input type="checkbox"/> Troca aberta
LENTE RÍGIDAS	<input type="checkbox"/> Alteração curva intermediária	<input type="checkbox"/> Limpeza	<input type="checkbox"/> Polimento
	<input type="checkbox"/> Alteração curva periférica	<input type="checkbox"/> Alteração de diâmetro	<input type="checkbox"/> Classificação
	<input type="checkbox"/> Troca outros parâmetros	<input type="checkbox"/> Retoque de borda	<input type="checkbox"/> Avaliação

TIPOS E MEDIDAS DAS LENTES ENVIADAS	TIPOS E MEDIDAS DAS LENTES A SEREM TROCADAS	NOME DO USUÁRIO

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ass. Resp. Preenchimento

RECEBIDO EM ____/____/____

VERSÃO 08. 2016 (03)

IMPORTANTE: Somente aceitaremos a lente gelatinosa em seu frasco original e RGP em seu acondicionador (estojo fábrica) com sua respectiva etiqueta original de parâmetros.



oftalsul



51 98131.7723



51 3228.7566



oftalsul@oftalsul.com.br



oftalsul-pedidos



www.oftalsul.com.br



Rua dos Andradas, 1742 / 801 Centro - Porto Alegre - RS

