



תאריך: _____

לכבוד:
אופטיקה הלפרין
חוצות המפרץ
חיפה
טל: 04-8400033
אשת קשר: שירלי
נא לתאם מראש

הפניה לבדיקת ראייה/התאמת משקפי מגן אופטיים
עובד הטכניון

נא לבדוק/להתאים משקפי מגן אופטיים ל: _____

ת.ז. _____ הבדיקה בוצעה בתאריך: _____

להלן הממצאים:

	SPHERE	CYL.	AXIS	PRISM	BASE
R					
L					
	ADD	SEG. HGT	DIS. PD	NEAR PD	
R					
L					

סוג מסגרת: יש לסמן בעיגול את הדגם המבוקש:

D490	ZT100	A2000	650	DX670	GAMMA	ALPHA	ZT200
------	-------	-------	-----	-------	-------	-------	-------

עדשה: פלנו (עדשה 0) / חד מוקדי / דו מוקדי / רב מוקדי

ציפוי נגד אדים וערפילים ANTI-FOG

מחלקה/פקולטה: _____

שם ראש מינהל: _____

חותמת + חתימה: _____