

SCHEDA PER LENTI E MONTATURE (forma indiretta)

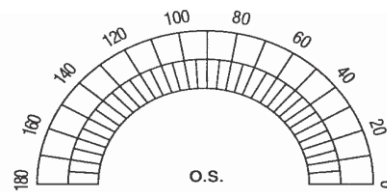
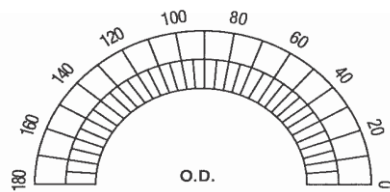
DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO SPECIALISTA IN OCULISTICA O DELL'OTTICO OPTOMETRISTA DIPLOMATO SECONDO QUANTO PREVISTO DAL P.S.A.I. IN VIGORE

Il/La sottoscritto/a medico oculista/ottico optometrista

Prescrive per il/la sig./sig.ra

LENTI LENTI A CONTATTO

LENTI/MONTATURA PER VARIAZIONE VISUS E/O INTERVENUTE PROBLEMATICHE ANATOMICHE



| | Sf | Cil | Asse |
|--------------|----|-----|------|
| PER DISTANZA | | | |
| A PERMANENZA | | | |
| PER LETTURA | | | |

| | Sf | Cil | Asse |
|--------------|----|-----|------|
| PER DISTANZA | | | |
| A PERMANENZA | | | |
| PER LETTURA | | | |

.....li.....

.....
l'Ottico optometrista diplomato (TIMBRO OBBLIGATORIO E FIRMA LEGGIBILE)

.....
Il Medico Oculista (TIMBRO OBBLIGATORIO E FIRMA LEGGIBILE)

DESCRIZIONE A CURA DELL'OTTICO: (specificare se lenti per occhiali o lenti a contatto)

OCCHIO DX euro

OCCHIO SX euro

MONTATURA euro

TOTALE euro

.....li.....

l'Ottico optometrista diplomato (TIMBRO OBBLIGATORIO E FIRMA LEGGIBILE)

Il/La sottoscritto/a sig./sig.ra.....allega alla presente scheda la relativa fattura.

.....li.....

Il Socio (firma leggibile)

L'avente diritto – se maggiorenne – (firma leggibile)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (D.lgs. n.196/2003)

Il sottoscritto presa visione dell'Informativa in tema di Privacy (presente anche sul sito internet del FISDE) dichiara di esprimere il proprio consenso affinché i propri dati personali e sensibili siano oggetto di trattamento e comunicazione secondo le modalità e nei limiti di cui alla sopra richiamata informativa. Dichiara, inoltre, di sciogliere dal segreto professionale i professionisti che lo hanno tenuto o terranno in cura ed i professionisti che hanno prodotto le certificazioni necessarie compilate od allegate.

(luogo e data)

Il Socio (firma leggibile)

L'avente diritto – se maggiorenne (firma leggibile)