

SILMÄLASIEN KUSTANNUSARVIO

Ostajan nimi _____

Henkilötunnus _____

LASIT	VOIMAKKUUS OLENNaisesti MUUTTUNUT		HINTA EDULLISIN PERUSLINSSI
	KYLLÄ	EI	
LINSSI / OIKEA			
LINSSI / VASEN			
KEHYS			
KUSTANNUKSET			

Linssit rikkoutuneet / kehykset rikkoutuneet

Kyllä Ei

Ei muutosta / ei tarvetta uusille lasseille

Kyllä Ei

Lasit

Ostettu

Kyllä Ei

Ostopäivä _____

Tilattu

Kyllä Ei

Tilauspäivä _____

Lisäselvitys _____

Maksusitoumus myönnetään edullisimman peruslinssin hinnan mukaisesti. Ilman erikoiskäsittelyä. Kehyksiin myönnetään enintään 70 €. Halutessaan jonkun muun vaihtoehdon asiakas maksaa hintojen erotuksen itse. Näöntarkastusmaksua ei huomioida.

Paikka ja aika

_____ / _____ 20 _____

KUSTANNUSARVION ANTAJA

Palautusosoitteet:

Mikkelin hyvinvointikeskus, Vilhonkatu 7-9, 50100 Mikkelä
Kangasniemen hyvinvointikeskus, Sairaalan tie 13, 51200 Kangasniemi
Mäntyharjun hyvinvointikeskus, Sairaalan tie 3, 52700 Mäntyharju
Hirvensalmen hyvinvointiasema, Heikinniementie 9, 52550 Hirvensalmi

Juvan hyvinvointikeskus, Juvantie 13, 51900 Juva
Pertunmaan hyvinvointiasema, Virastokuja 1, 19430 Pertunmaa
Puumalan hyvinvointiasema, Niementie 26, 52200 Puumala