

# Bestellschein/Kostenübernahmeerklärung für eine UVEX-Korrektionsschutzbrille



**UVEX Arbeitsschutz GmbH**  
Würzburger Str. 181 - 189  
90766 Fürth

**Abele Optik GmbH**  
Markt 7 / Marienkapelle  
97070 Würzburg

Die Fertigung der Korrektionschutzbrille kann nur mit vollständigen Angaben erfolgen. **Abweichungen** von den u. g. Fassungen, Scheibenmaterialien, Fokustypen und Vergütungen **sind nicht zulässig**

<b>Auftraggeber</b>	Name/Vorname Bezugsberechtigter	PersonalNr.	Organisationseinheit
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Arbeitsgeber</b>	Beschäftigungsstelle/Lieferadresse (Auftraggeber)		Kundennummer bei UVEX
	<input type="text"/>		<input type="text"/>



Hiermit bestätigen wir die Berechtigung und erklären uns bereit die Kosten zu übernehmen.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Name und Unterschrift d. Vorgesetzten

<b>Optiker</b>	<b>Fassung:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Modellnr. der Fassung	Scheibengröße/Stegweite	Farbe	
	<b>Scheibenmaterial:</b>	<b>Focustyp:</b>	<b>Vergütung:</b>	
	<input type="checkbox"/> Hartglas <input type="checkbox"/> Kunststoff / CR39 <input type="checkbox"/> Kunststoff HI 1,6 (ab 6,0 dpt) <input type="checkbox"/> Polycarbonat <input type="checkbox"/> Trivex	<input type="checkbox"/> Einstärken <input type="checkbox"/> Zweistärken (BiFo) <input type="checkbox"/> Gleitsicht Optima Mindesthöhe 16mm	<input type="checkbox"/> Normal-Entspiegelung <input type="checkbox"/> Multi-Entspiegelung <input type="checkbox"/> Super-Entspiegelung <input type="checkbox"/> Variomatic (nur in Polycarbonat oder Trivex) <input type="checkbox"/> Tönung (nach ärztl. Verordnung) <input type="checkbox"/> braun      % <input type="checkbox"/> grau        %	

Die Brille wird nach vorhandenen Korrekturwerten (Kopie Brillenpass als Anlage) gefertigt.  
 Die Rechnungsstellung erfolgt durch UVEX, die Brille wird beim Optiker abgeholt.

**FAX zur Fertigung der Brille an UVEX**  
**FAX-Nr. 0800 6644 895**

\_\_\_\_\_

Stempel u. Unterschrift Optiker

**Empfangsbestätigung der Brille:**

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Mitarbeiters

