

ÓPTICA OCULAR EXTREMEÑA

ENCOMENDA LENTES CONTACTO

DADOS PESSOAIS

NOME DO BENEFICIÁRIO _____

Nº DE BENEFICIÁRIO _____

ENCOMENDA

Nº DE CAIXAS SOLICITADAS _____

	DIÂMETRO	R.C.	ENSAIO	ESFERA	CILINDRO	EIXO
OD	_____	_____	_____	_____	_____	_____
OE	_____	_____	_____	_____	_____	_____
ESFÉRICA S/N	_____					
TÓRICA S/N	_____					

Prescrição anexa com vinheta identificativa do Oftalmologista/Optometrista.

ENTREGA

MORADA _____

CÓDIGO POSTAL _____ - _____ LOCALIDADE _____

TELEFONE _____

Autorizo o fornecimento dos meus dados pessoais e médicos constantes nesta ficha, e a partilha da prescrição médica que a acompanha, à empresa Óptica Ocular Extremeña, pessoa coletiva B06687933, com sede na Calle La Violeta, nº 6-A, 06010 Badajoz.

Data

Assinatura

Nota: Enviar para snqtb.saude@snqtb.pt ou em alternativa para SNQTB Saúde - Departamento de Reembolsos - Rua Pinheiro Chagas, nº 6 1050-177 Lisboa.