

Ifylles innan besök hos Synoptikbutik

Finns det gällande avtal mellan företaget och Synoptik? JA NEJ

Bildskärmsglasögon: Skyddsglasögon: _____:

Företag: _____

Organisationsnummer: _____

Fakturaadress: _____

Fakturareferens: _____

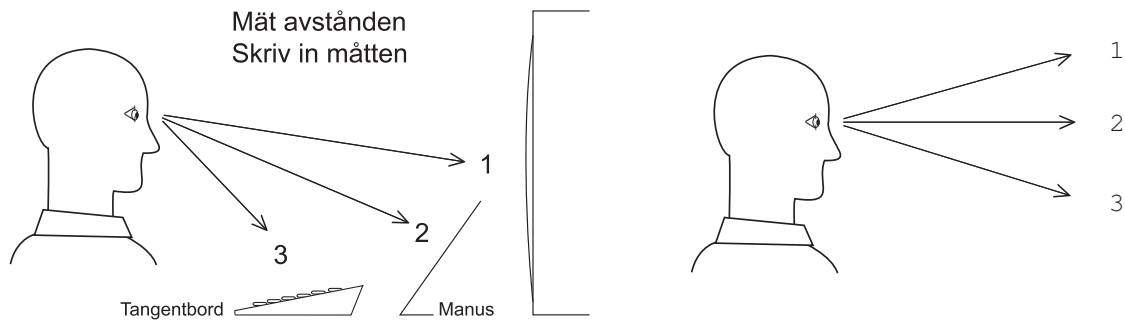
Namn: _____

Personnummer: _____

Synavstånd för olika arbetsuppgifter

Bildskärmsarbete

Annat arbetsrelaterat avstånd _____



Beskrivning av huvudsakliga arbetsuppgifter: _____

Synbesvär i arbetet: Ja Nej

Skärmtimmar: _____/dag

Typ av besvär: _____

_____ Datum

_____ Underskrift attesterande chef

_____ Namnförtydligande

_____ Telefonnummer

Denna rekvisition är gällande i två månader från underskrift.

Gäller företag utan avtal med Synoptik:

Företaget ersätter synundersökning för anställd som arbetar vid bildskärm 1 timme eller mer per dag. När behov finns av bildskärmsglasögon enligt AFS 1998:5, ersätter företaget den anställde glas, samt bågarna.

Bågarna får kosta max: _____ kr inkl moms.

Företaget ersätter ytbehandling

JA NEJ