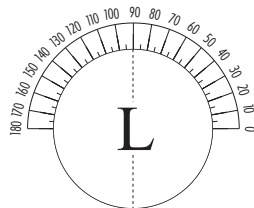
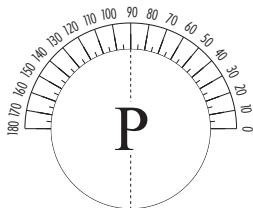


Nazwisko i imię chorego _____



Do dali

O. P.

O. L.

Do bliży

O. P.

O. L.

	Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma
O. P.				
O. L.				
O. P.				
O. L.				

Odl. źrenic _____ mm

Odl. źrenic _____ mm

Szklą _____ Oprawa _____

Recepta na okulary

_____ (data i podpis lekarza)

Pieczętka Wydziału Zdrowia
zatwierdzającego receptę

Pieczętka z adresami sklepów

MIEJSCE DLA WYCENY

Oprawa zł _____

Cena oprawy odliczona
od droższej oprawy zł _____

Prawe szkło zł _____

Lewe szkło zł _____

Futerał zł _____

Suma zł _____

Usługa zł _____

Razem zł _____