



Fax commande : **N° Indigo FAX 0 820 87 33 16**

Fax demande de calcul : **N° Indigo FAX 0 820 081 418**

*0,009 € HT/min

1ère paire

BON DE COMMANDE

Date : 03/03/21

Cachet du magasin :

LUN'OPTIC

1, Place Elie de Langlais
56370 SARZEAU
Tél : 02 97 48 27 00
Fax : 02 97 48 20 22
Siret : 512 947 706 00020

☒ Commande ☐ Demande de calcul

N° Compte Client : 56 01 09

N° Compte Livraison : 56 01 09

Nom du porteur : LE DERFF Marie - Paule
(en majuscules)

1^{ÈRE} PAIRE

☒ ZEISS UVProtect

☒ ZEISS ☐ UF ☒ Prog ☐ Officelens ☐ Digital Lenses ☐ Autre

Indice : 1.16

☐ synchrony Nom du verre : Preci Superb 1.6 UVProtect DS + Précacal

- Traitements
- ☐ DV Blue Protect
 - ☐ HMC Blue
 - ☐ Hard Coat
 - ☐ Autre traitement :
 - ☐ DV Platinum
 - ☐ HMCX
 - ☐ DV Sun
 - ☒ DV Silver
 - ☐ HMC+
 - ☐ LotuTec
 - ☐ HMC

- Teintes
- ☐ Polarisant
 - ☐ AdaptativeSun
 - ☐ Brun
 - ☐ Autre teinte :
 - ☐ PhotoFusion
 - ☐ AdaptativeSun Polarisant
 - ☐ Gris
 - ☐ Black
 - ☐ Pioneer

- Unie : ☐ 12% ☐ 25%
 ☐ 60% ☐ 75%
 ☐ 85% ☐ 95%
Dégradée : ☐ 25/0 ☐ 75/25
 ☐ 90/40

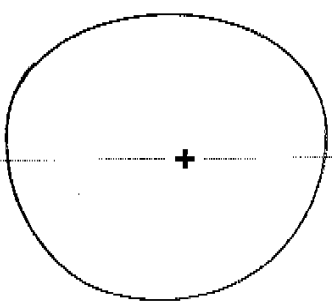
	ø	+/-	Sphère	Cylindre	Axe	Add	Base Spéc.	Valeur Prisme	Axe Prisme
OD		+	2.00	+ 1.00	10 °	+ 2.75			
OG		+	2.25	+ 0.50	0 °	+ 2.75			

Autre Fab Spéciale :

Type de montage : ☐ Nylon ☐ Percé ☒ Plastique ☐ Métal

A : 46mm B : 40,5mm Nez : 18mm N° Forme : _____

OD _____ NE7



	Ecart : <input checked="" type="checkbox"/> VL <input type="checkbox"/> VP	Hauteur VL	Ep. Mini Bord	Ep. Points Perc.
OD	<u>27,5</u> mm	<u>23</u> mm	/ 10°	/ 10°
OG	<u>26,5</u> mm	<u>23</u> mm	/ 10°	/ 10°

- Valeur FrameFit : _____ (de 0 à 6 ; 0 = short)
C-code : _____ (de 3 à 9)
Distance Verro/Ceil : _____ mm
Angle Pantoscopique : _____ °
Angle de galbe : _____ °
Distance de lecture : _____ cm
Initiales Porteur : _____ (5 caractères)
Inset 0 mm ou autre : OD _____ OG _____
Profil de vision : ☐ Near ☐ Balanced ☐ Intermediate
Profil Officelens : ☐ Book ☐ Near ☐ Room
☐ Individualisé MID : _____ cm (de 100 à 400 cm)

L'option TIME DELAY et sa facturation de 1 € s'appliquent automatiquement en cas de commande dans les 6 mois d'un second équipement pour le même porteur avec la même prescription.

Offre commerciale 2^{ème} PAIRE

Nom du verre : _____

	ø	+/-	Sphère	Cylindre	Axe	Add	Base Spéc.	Valeur Prisme	Axe Prisme
OD				+		+			
OG						+			

Autre Fab Spéciale :

Informations complémentaires : _____