

Liebe Kunden,

anbei ein Formular, welches Sie bitte soweit es Ihnen möglich ist, ausfüllen und der Fassung beilegen.

Kontaktdaten

Name: _____ Vorname: _____

Glasstärken

	Sphäre (Sph)	Cylinder (cyl)	Achse (A)	Pupillendistance (PD)
rechtes Auge				
linkes Auge				

Bitte die Vorzeichen + / - nicht vergessen!

Natürlich können Sie uns alternativ auch einen Brillenpass oder eine Rezeptkopie beilegen.

Fassung:

Die beiliegende Fassung Modell: _____ ist neu
 schon getragen / gebraucht

Lieferadresse:

SCHARF SEHEN GmbH
Abt. Einschleifservice
Mainparkstr. 12
63801 Kleinostheim

Bei Fragen erreichen Sie uns telefonisch unter 06027/508508 oder per
E-Mail unter: service@luckylens.de

Geschäftsangaben:

UmSt.ID: DE269110204
Steuernummer: 204/138/10141
Registergericht: Aschaffenburg HRB 10987

Volksbank Aschaffenburg
BLZ: 79590000 / Kto: 106445
IBAN: DE57795900000000106445
BIC / Swift: GENODEF1AB2