

CAROLE TRUDEAU / Courtier imprimerie 819-566-4945

OPTIQUES SHER-LAB INC.





4185, RUE BRODEUR – SHERBROOKE, QC CANADA J1L 1K4
 TELEPHONE: 819.562.6907 TOLL FREE: 866.397.6907
 FACSIMILE: 819.562.2648 TOLL FREE: 866.562.2648
 www.profiloclip-on.com Email: info@profiloclip-on.com

CLIP SOLAIRE

CLIP-ON
BON DE COMMANDE / ORDER FORM

Patient : _____ Date : _____

S.V.P. remplir les cases qui s'appliquent / PLEASE fill in the boxes that apply

CHOIX DU CLIP-ON <i>CLIP-ON CHOICE</i>	<input type="checkbox"/> PONT NASAL <i>NASAL ATTACHMENT</i> 	<input type="checkbox"/> PASSERELLE <i>OVERPASS</i> 
	<input type="checkbox"/> PONT NASAL INVERSE <i>REVERSE NASAL ATTACHMENT</i> 	<input type="checkbox"/> PONT NASAL À CROCHETS <i>NASAL ATTACHMENT WITH HOOKS</i> 

COULEUR CLIP-ON <i>CLIP-ON COLOR</i>	<input type="checkbox"/> Or/Gold	<input type="checkbox"/> Comme monture/Match frame	<input type="checkbox"/> Autres/Other
	<input type="checkbox"/> Argent/Silver	<input type="checkbox"/> Noir/Black	_____

LENTILLES (UV 400) <i>LENSES (UV 400)</i>	<input type="checkbox"/> Gris <i>Grey</i>	<input type="checkbox"/> Polarisé Gris <i>Grey Polarized</i>	<input type="checkbox"/> Miroir Argent <i>Mirror Silver</i>	<input type="checkbox"/> A/R
	<input type="checkbox"/> Brun <i>Brown</i>	<input type="checkbox"/> Polarisé Brun <i>Brown Polarized</i>	<input type="checkbox"/> Miroir Or <i>Mirror Gold</i>	<input type="checkbox"/> Autres/Other
	<input type="checkbox"/> G-15	<input type="checkbox"/> Polarisé G-15 <i>G-15 Polarized</i>	<input type="checkbox"/> Miroir Bleu <i>Mirror Blue</i>	_____
	<input type="checkbox"/> Driver	<input type="checkbox"/> Jaune <i>Yellow</i>	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

S.V.P. NOUS FAIRE PARVENIR LA MONTURE / PLEASE SEND US THE FRAME			
MODÈLE <i>MODEL</i>	COULEUR <i>COLOR</i>	CALIBRE <i>EYE SIZE</i>	PONT <i>BRIDGE</i>
MONTURE / FRAME <input type="checkbox"/> Inclure/Enclosed		<input type="checkbox"/> À suivre/To follow	

ATTENTION: S'il vous plaît, toujours indiquer la prescription du client dans l'espace suivant. En ce qui concerne les montages percés ou les commandes plus complexes, il est préférable de nous inclure la monture du patient.

IMPORTANT: Please indicate the prescription in the space below; this is a mandatory field. For rimless and more complex jobs it is recommended that the finished glasses be provided.

	SPH.	CYL.	AXE/AXIS	INDEX	ADD.
O.D./R.E.					
O.G./L.E.					

GARANTIE: 1 AN/WARRANTY: 1 YEAR - LIVRAISON: 1 SEMAINE/DELIVERY: 1 WEEK

N° client / Customer N°: _____

BUREAU/OFFICE: _____

LIVRER À/SHIP TO: _____

FACTURE / INVOICE	
PRIX/PRICE	
TRANSPORT/SHIPPING	N/C
SOUS-TOTAL/SUBTOTAL	
TOTAL	

Date de réception / Reception Date: _____ Date départ / Departure Date: _____

N° facture / Invoice N°: _____

**CONSERVER LA 3^e COPIE (ROSE) ET RETOURNER LES 2 AUTRES
 KEEP THE 3rd PINK COPY AND RETURN THE 2 OTHERS**