

Zentrale Scanstelle
Beihilfe
32746 Detmold

Kundin beziehungsweise Kunde:

Beihilfenummer: (bitte immer angeben)

Bitte lassen Sie vom Optiker die Preise für die nachstehenden Ausführungen angeben und reichen Sie das ausgefüllte Formular an obige Anschrift zurück.

Glasgrundpreis, je Einstärkenglas beziehungsweise bei Mehrstärkengläsern der Preis je Bifokalglas, weiß, mineralisch, ohne Entspiegelung, nicht höher brechend

für rechtes Glas linkes Glas

Betrag: _____ Euro _____ Euro

Die bezogenen Gläser haben folgende Eigenschaften:

Einstärken Mehrstärken
 entspiegelt getönt phototrop Kunststoff Sonstiges _____

Die Aufpreise dafür betragen:

Entspiegelung: _____ Euro _____ Euro

Mehraufwendungen für Superentspiegelung: _____ Euro _____ Euro

Härtung bei Kunststoff: _____ Euro _____ Euro

Phototrope Tönung: _____ Euro _____ Euro

Konstante Tönung, Prozentangabe: _____ %: _____ Euro _____ Euro

Konstante Verlaufstönung: _____ Euro _____ Euro

Lichtschutz, konstant ab 50%: _____ Euro _____ Euro

Kunststoff: _____ Euro _____ Euro

Gleitsicht: _____ Euro _____ Euro

Höherbrechend, Dickenreduzierung: _____ Euro _____ Euro

Sonstiges: _____ Euro _____ Euro

Datum _____, _____ Stempel und Unterschrift des Optikers beziehungsweise der Optikerin