

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