



Danderyds Sjukhus

**REKVISITION för synundersökning och utprovning av
arbetsanpassade glasögon**

Ansvarig chef:	Telefonnummer:	Datum:
Fakturamottagare: Danderyds Sjukhus AB Redovisningsenheten 182 88 Stockholm Fakturering sker med edi-faktura (SVE-faktura eller Peppol) Alternativt VAN-Operatör – TietoEvry (Operatörsid 6430037520006) Elektronisk adress/GLN - 7381036454474 PeppolID - 0088:7381036454474 Organisationsnummer: 556575-6169	Leverantör: Ange optiker + adress (välj från butiksförteckningen, se DSnet)	
Fakturareferens: Ange kostnadsställe		
Specifikation (beskrivning, beteckning): Synundersökning och utprovning av arbetsanpassade glasögon enligt SLL-avtal 547	För: Ange medarbetarens namn och telefonnummer	
Beställningen godkänns Underskrift av ansvarig chef		
.....		
Namnförtydligande		

Anvisningar:

1. Gula fält fylls i av beställaren.
2. Undertecknat beställningsunderlag lämnas till vald optiker.

Information om avtal SLL547

Avtalets paketpris omfattar glas, synundersökning, antireflexbehandling, repkyddsbehandling, båge samt komplett service som utprovning, montering och justering. Dessutom ingår passande glasögonfodral och putsduk.

För att glasögon eller synhjälpmedel ska få optimal funktion bör sökanden före optikerbesöket mäta arbetsavstånden och övriga synavstånd och kort beskriva synbesvären i arbetsmiljön.

Mät upp och fyll i nedan vilka arbetsavstånd du har i ditt dagliga arbete innan synundersökningen. Tag gärna hjälp av en arbetskamrat. Mät från pannan och fram till de olika synavstånden på arbetsplatsen. Avrunda till hela cm.



Avstånd till dataskärm	1. cm 2. cm 3. cm
Ungefärligt antal skärmtimmar per dag:	tim
Ev övrig information	