



N° de client 120955

Formulaire de commande / lunettes médicales de protection

Le formulaire est valable un mois depuis la date d'émission

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Faculté/Service : ☐ CDH - ☐ CDM - ☐ ENAC - ☐ IC - ☐ SB - ☐ STI - ☐ SV - ☐ VPO

Choix du magasin :

- ☐ Renens +4121 636 30 00 ☐ Lausanne-Métropole +4121 323 92 61
☐ Morges +4121 811 45 30 ☐ Genève-Les Cygnes +4122 738 83 38
☐ Neuchâtel +4132 724 26 24 ☐ Sion +4127 322 57 40

Nom et signature du supérieur hiérarchique :

Le formulaire (format PDF) doit être envoyé à la VPO-SE par e-mail à prevention-ohs@epfl.ch pour validation. Un email de confirmation vous parviendra ultérieurement pour prendre RDV au sein du magasin coché ci-dessus.

Date :

Timbre et signature de la VPO-SE pour validation :

Procédure de commande pour le magasin Visilab :

- Faire l'examen de la vue si nécessaire ou rapporter la prescription
- Choisir l'équipement avec le collaborateur dans la limite du contrat prévu (cases pré-cochées)
- Forte amétropie, 1.67 autorisé si contrat hors gamme de fabrication (**voir le pdf Verre sous la rubrique protection**)
- Cocher les cases correspondantes à l'équipement choisi
- Demander au collaborateur où il désire récupérer ses lunettes
- Envoyer la commande par scan ou mail à order@visilab-atwork.ch
- En cas de question : 058 710 06 90



À remplir par le Magasin Visilab :

	Sph.	Cyl.	Axe	Add.	Prisme	DP	Hauteur
OD							
OG							

Nom du magasin :

Examen de la vue : ☐ En magasin ☐ Prescription

Date de l'examen/prescription :

Modèle de montures validées : ☐ B808 (VAW21+) ☐ Klassee

☐ Harper ☐ X-Tra ☐ Kurt ☐ Kover

Type de verres : ☐ SV ☐ Progressif
☐ Double foyer ☐ Indoor HD → ☐ book ☐ screen ☐ room

Matière : ☐ CR39 ☐ Trivex ☐ 1.67

Traitement SAR : ☒ Non

Livraison : ☒ En magasin

Divers / Remarques :