

OPTICA:

Fax: 981 170 714

FECHA



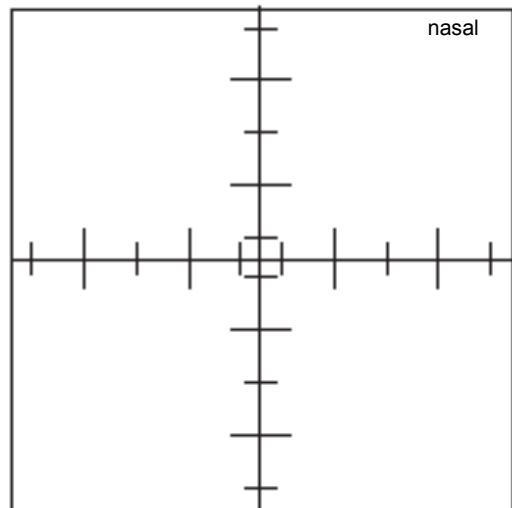
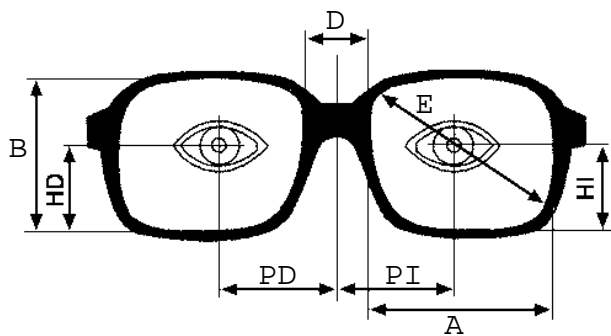
Referencia:

Tipo de Lente:

Tratamiento:

Coloración:

	Eje	Ci.	Esf.	Ad.	Prism/ Desc.	Base
OD						
OI						



PD _____ HD _____

PI _____ HI _____

A _____ B _____ D _____ E _____

Tipo montura: Pasta Metal Ranurada Taladrada

Observaciones _____

