

LIBERALE ZIEKENFONDSEN

AANVRAAGFORMULIER TUSSENKOMST BRILMONTUUR/GLAZEN/LENZEN

Gegevens betreffende het lid (invullen in hoofdletters a.u.b.) of blauwe ziekenfondsklever van het gezinshoofd

Naam :	Voornaam :
Straat :	Nummer :
Postcode :	Gemeente :
Tel. :	Lidnummer :

Gegevens betreffende het lid dat in aanmerking komt voor de tussenkomst (1 formulier per lid)

Naam van het lid :	Geboortedatum :
--------------------------	-----------------------

Verklaring vanwege de opticien

Ik, ondergetekende, erkend opticien

Adres (stempel)

Verklaar dat voor hogervernoemd lid (1)

een brilmontuur (2)

glazen

contactenzen

nachtlenzen (3)

werd gekocht.

Kostprijs : euro

Datum : Handtekening opticien

(1) Aankruisen wat past

(2) Voor leden tot 26 jaar

(3) Voor leden tot 50 jaar