

Contrôle de la vue selon OAC art. 9, al.1, lettre b

Signature/s opticien/s diplômé/s

FO 302 31 - Page 1 sur 1
Version 2.0 - 29.03.21 - STH

Merci de corriger et/ou compléter le formulaire ci-dessous et de le renvoyer au moyen de l'enveloppe réponse, accompagné de copies du diplôme de l'opticien et de son autorisation de pratiquer.

Coordonnées de l'entreprise

<input checked="" type="checkbox"/> Raison sociale	No client :
Raison sociale de l'entreprise :	
Adresse :	No postal et localité :
Téléphone/s pour vous joindre entre 8h et 16h :	
Courriel :	

1. Coordonnées de l'opticien diplômé

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	No client :
Nom/s :	Prénom/s :
Signature de l'opticien diplômé :	

2. Coordonnées de l'opticien diplômé

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	No client :
Nom/s :	Prénom/s :
Signature de l'opticien diplômé :	

3. Coordonnées de l'opticien diplômé

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	No client :
Nom/s :	Prénom/s :
Signature de l'opticien diplômé :	

Lieu et date :	Timbre et signature :
----------------	-----------------------