

REKVISITION

BESTÄLLNING till Hultins Optik, Renstiernas gata 13 116 28 Stockholm. www.hultinsoptik.se 08-6422322.

Avser synundersökning och om behov föreligger av särskilda arbetsglasögon.

Enligt Arbetsmiljöverkets Författningssamlingar; AFS 1998:5 § 6 samt AFS 2012:2, AFS 2001:3 och AFS 1994:1

Företag: _____.

Beställare: _____

Ort: _____.

Datum: _____

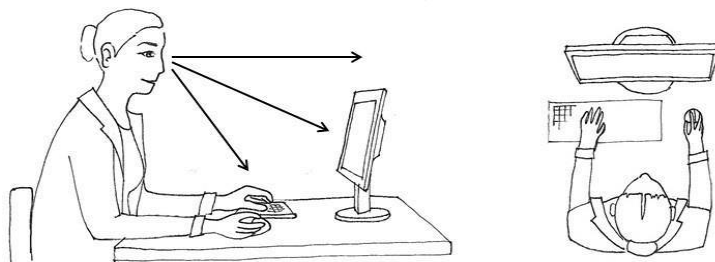
Fakturaadress: _____

Avdelning/ Kostnadsställe: _____

Kostnader enligt avtal **exkl.moms**

Antal bildskärmar

- 1 ☐
2 ☐



Datorarbete - fyll i avstånden nedan i cm

Rumsavstånd cm
(t.ex. möten)
Bildskärm cm
(alla skärmar på arbetsplatsen)
Tangentbord cm
Övrigt cm
(t.ex. manushållare)

Arbetsglasögon

	ja	nej
Bildskärmsarbete	☐	☐
Annat (vilken sort?)	☐	☐
Skyddsglasögon	☐	☐

DEN ANSTÄLLDES PERSONDATA:

Anst. Nr: _____ Namn: _____

Personnr: _____ Avdelning: _____