

 <b>VISION CHROMATIQUE</b> <small>COLORED LENS</small>	<h1>FEUILLE PRECAL</h1>	Date :  Nom du porteur :
---	-------------------------	--------------------------------

Indice	Nom du verre

	Sphère	Cylindre	Axe	Addition	Base
<b>OD</b>					
<b>OG</b>					

Côtes Monture	Côtes Montage	Épaisseur Minimum
---------------	---------------	-------------------

A	B	Ecart OD	Ecart OG	Au bord /10e	Au perçage /10e
<b>D</b>		H*	H*		

Montage :	Métal	Plastique	Percé	Nylor
-----------	-------	-----------	-------	-------

O D	Nez →

Merci de nous retourner le document par mail : [a.t.eyewear@gmail.com](mailto:a.t.eyewear@gmail.com)