

Bestellschein Bildschirmarbeitsplatzbrille		Po.Nr.:	Vertrags Nr. 510039601	
Auftraggeber/Rahmenvertragspartner		Rechnungsanschrift (falls abweichend)		
Firma	Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg Vorpommern	Firma		
Zusatz		Zusatz		
Straße	Lübecker Straße 289	Straße		
PLZ/Ort	19059 Schwerin	Ort		
Ansprechpartner Auftraggeber (für Rücksprachen der Apollo-Filiale)				
Vorname, Nachname		Telefonnummer, E-Mail		
Brillenempfänger (bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)				
Vorname, Name		Personal-Nr.	Kostenstelle	
Arbeitsplatzsituation (optionale Angaben des Mitarbeiters)				
_____ cm Abstand Auge – Bildschirm	_____ cm Abstand Auge – Tastatur	_____ cm Abstand Auge – Vorlage		
Brillenverordnung Glasauswahl optional nach Beratung und Refraktion durch Apollo				
BAB-Preiskategorie KOMFORT (→ bis +/- 3 Dioptrien empfohlen)		Kostenübernahme des Rahmenvertragspartners für Gläser in medizinisch notwendigem Umfang. Abweichungen zu den angekreuzten Anforderungen nur nach Rücksprache / Kostenvoranschlag mit dem o.g. Ansprechpartner möglich.		
Komplettbrille mit Hartschicht und Super-Entspiegelung (Index 1.5) inkl. Fassung im VK-Wert von 50 Euro (über KG42 - Fassungskennzeichen (0)) Kunststoffgläser farblos				
<input type="checkbox"/>	Multikomfort bis zu ca. 1,5 m Entfernung			MKS
<input type="checkbox"/>	Raumkomfort bis zu ca. 4,5 m Entfernung			RKS
<input type="checkbox"/>	Einstärken			ES
<input type="checkbox"/>	Gleitsicht	MGS		
Private Zuzahlung durch den Brillenempfänger ist erlaubt.				
Der Mitarbeiter darf eine Bildschirmarbeitsplatzbrille auswählen, deren Preis den vereinbarten Kostenbetrag übersteigt. Der Differenzbetrag zur Arbeitgeberverordnung ist vom Arbeitnehmer bei Übergabe der Brille direkt zu begleichen.				
Genehmigung Arbeitgeber (Apollo-Filiale: Ohne Unterschrift ist der Bestellschein ungültig)				
Datum		Unterschrift ggf. mit Firmen-Stempel		
Auszufüllen in Apollo-Optik Filiale:				
Auftrags-Nr.				
Kst. Filiale				
Bestätigung Brillenabholung				
Datum _____ Unterschrift Arbeitnehmer _____				
Bearbeitungshinweis für Apollo-Filiale				
Überprüfen Sie den Bestellschein auf Vollständigkeit und Lesbarkeit und vervollständigen Sie mit dem Brillenempfänger oder dem oben genannten Ansprechpartner fehlende Angaben. POS-Erfassung des BAB-Auftrages über „ Brille mit Rezept “ – weitere Infos im Intranet unter „Verkauf-Kooperationen-BAB“.				
Der Original Bestellschein bleibt in der Filiale. → Der Brillenempfänger erhält den Auftragsausdruck aus POS Filialen: Zur Abrechnung in die Apollo-Zentrale mailen: bab@apollo.de Franchisepartner: Mit der Angabe der Filial- Auftr.Nr.: an: bab.fp@apollo-optik.com				

Apollo-Optik Auftragsaufkleber
mit AG-Anteil

Hochformat