



## FICHA DE SOLICITUD PARA ANTEOJOS

**DATOS DEL BENEFICIARIO** ( Hijo  Cónyuge  )

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL TITULAR

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

N° de Asociado: \_\_\_\_\_ Tel. /cel.: \_\_\_\_\_

Domicilio donde recibir la encomienda: Región  Agrupación  Escuadrón  Delegación

Especifique domicilio (No particular): \_\_\_\_\_

### TIPO DE LENTES

 (Debe seleccionar una opción)

Lejos  Código del armazón: \_\_\_\_\_

Cerca  Código del armazón: \_\_\_\_\_

Bifocales  Código del armazón: \_\_\_\_\_

**Recuerde:** Su receta oftalmológica, no debe tener una antigüedad mayor a tres meses desde el momento de su solicitud. La misma debe presentar la graduación prescripta y la distancia interpupilar para el correcto centramiento de la lente en el armazón.

COLOQUE AQUÍ SU RECETA  
PARA TOMAR LA FOTOGRAFIA