

Nom de l'entreprise
Adresse de l'entreprise
Ville
Téléphone

Cabinet du Dr...
Adresse
Ville

A l'attention de Dr....

Ville, date

Objet : Modification d'ordonnance lunettes

Votre patient(e) né(e) le
nous a sollicité pour un contrôle de sa réfraction en lunettes.

Votre ordonnance en cours de validité datant du

OD :

AV :

AV bino :

OG :

AV :

Par ce courrier et conformément au Décret n°2020-475 du 24 avril 2020, nous vous informons des modifications apportées.

Examen de la réfraction effectué le

OD : -

AV :

AV bino :

OG :

AV :

Vous remerciant de votre confiance, je me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire.

Bien cordialement,

Nom/Prenom

Diplômes

Mail

N° ADELI