



SOLICITUD DE SERVICIO

N° Factura _____
N° Tranzabilidad _____

Cliente: _____
NIT: _____
Teléfono: _____
Sucursal: _____
Paciente: _____
Cédula: _____
Cant. Lentes: _____

MARQUE CON UNA X EL SERVICIO A SOLICITAR

- | | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Limpieza RGP | <input type="checkbox"/> Tratamiento de diámetro RGP |
| <input type="checkbox"/> Limpieza Blando | <input type="checkbox"/> Modificación Rx RGP (+/- 0,75 esféricos) |
| <input type="checkbox"/> Toma de características RGP | <input type="checkbox"/> Entrega asesoría técnica (lente toma posición) |
| <input type="checkbox"/> Toma de características Blando | <input type="checkbox"/> CSC adaptación RGP |
| <input type="checkbox"/> Ampliados CPP RGP | <input type="checkbox"/> CSC garantía RGP * (CB RX) |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de bordes RGP | <input type="checkbox"/> CSC adaptación blando * (RX) |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de superficies RGP | <input type="checkbox"/> CSC garantía blando * |

Notas: _____

* La garantía de los Cambios Sin Costo RGP y Blandos son 30 días. ITAL LENT SAS solicita la colaboración del cliente en cuanto la higiene de los estuches y lentes entregados para la solicitud del servicio. Nuestro laboratorio cumple con los parámetros de higiene y ambientes controlados que exige la ley. Para evitar inconvenientes y contaminación de áreas, si se llegara a presentar este tipo de casos se le regresará al cliente el mismo estuche en el que llega el lente, sin realizar ningún proceso, no sometiéndonos bajo ninguna responsabilidad.