

Bestellschein Bildschirmarbeitsplatzbrille		purchase order number	Vertrags Nr. 51xxxxxxx
Auftraggeber/Rahmenvertragspartner		Rechnungsanschrift (falls abweichend)	
Firma	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Firma	
Zusatz	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Zusatz	
Straße	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Straße	
PLZ/Ort	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	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 ohne Kennzeichnung erfolgt die Auswahl der Glasart nach Beratung und Bestimmung der Sehwerte durch Apollo			
BAB-Preiskategorie KOMFORT (→ bis ± 3 Dioptrie empfohlen)		BAB-Preiskategorie PREMIUM (→ ab ± 3 Dioptrie empfohlen)	
Komplettbrille mit Hartschicht und Super-Entspiegelung (Index 1.5) inkl. Fassung im VK-Wert von 50 Euro (über KG 42 - Fassungskennzeichen (0)) Kunststoffgläser farblos		Komplettbrille mit Hartschicht, Super-Entspiegelung, CleanCoat und Lotuseffekt (Index 1.6) inkl. Fassung im VK-Wert von 50 Euro (über KG 42 - Fassungskennzeichen (0)) Kunststoffgläser farblos	
<input type="checkbox"/> Multikomfort bis zu ca. 1,5 m Entfernung	MKS	<input type="checkbox"/> Multikomfort bis zu ca. 1,5 m Entfernung	MKP
<input type="checkbox"/> Raumkomfort bis zu ca. 4,5 m Entfernung	RKS	<input type="checkbox"/> Raumkomfort bis zu ca. 4,5 m Entfernung	RKP
<input type="checkbox"/> Einstärken	ES	<input type="checkbox"/> Einstärken	EP
<input type="checkbox"/> Gleitsicht	MGS	<input type="checkbox"/> Gleitsicht	MGP
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.			
Kostenübernahme des Rahmenvertragspartners für Gläser in medizinisch notwendigem Umfang. Abweichungen zu den oben angekreuzten Anforderungen nur nach Rücksprache und schriftlichem Kostenvoranschlag mit dem o.g. Ansprechpartner möglich.			
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