

Bulletin d'inscription OPTIQUE

MARDI 14/02/2017

A renvoyer par FAX : 01 77 72 55 26
Ou par mail : secretariat@proxysante.com
Ou à déposer directement à la mairie

*Tous les champs remplis en
LETTRES CAPITALES sont
obligatoires
pour réserver un rendez-vous*

Ce service est réservé aux personnes de plus de 16 ans.

Les personnes de moins de 18 ans devant être accompagnées d'un représentant légal.

Nom :

Prénom :

Adresse :

Mail : @

Téléphone : Portable (optionnel) :

Je soussigné, Mme/Mr _____ :

souhaite obtenir un rendez-vous pour un examen visuel gratuit dans la journée du 14/02/2017 organisée par la commune

Préférence Horaire :

07h30 – 09h30

14h00 – 16h00

09h30 – 11h30

16h00 – 18h00

Pas de préférence

11h30 – 13h30

18h00 – 20h00

Date : ____ / ____ / 2016

Signature :

*Les places étant limitées à 40 personnes par journée d'examen visuel,
nous vous remercions de nous renvoyer le bulletin d'inscription le plus
rapidement possible.*