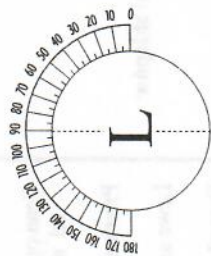


18

Pieczęć zakładu leczniczego

Nazwisko i imię chorego



Sfera	Cylinder	Oś	Pryzma

O. P.

Do dali

O. L.

O. P.

Do blizy

O. L.

Odl. źrenic — mm

Odl. źrenic — mm

Szklę _____ Oprawę _____

Receptę na okulary

(data i podpis lekarza)