

Demande à adresser à :

Une Nouvelle Vue Commence...

Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et 14h à 18h

Mail : unenouvellevuecommence@excel-vision.net Ou Appelez nous gratuitement au : **0 800 200 388**

CHIRURGIE REFRACTIVE

NOM : Prénom : Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Code Postal : Ville :

Type de Chirurgie envisagée

Techniques	Montant par Œil (TTC)	OD	OG	Montant Total
PKR	725 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LASIK	895 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FEMTO	1095 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Supplément PRESBYTIE	100 €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Date de l'intervention : /..... /.....

Commentaire : _____

NB: Le paiement de l'ensemble de la procédure s'effectuera le jour du traitement et avant celui-ci, en cas d'oubli ou de problèmes de paiement le traitement sera différé à une date ultérieure.

Signature du Patient

Date, Cachet et signature du
Chirurgien

Etablissement dans lequel sera
réalisée l'intervention

Fait à

NOM

Le/...../.....

Adresse

Signature :

Code postal

Ville