

## ANEXO VI

OPTICA: ..... **CRISTAL** .....

FECHA: ..... / ..... / **25** .....

### CONFORMIDAD POR CAMBIO DE MODELO DE ARMAZÓN Y LENTES OFTALMICAS

Por la presente dejo constancia el haber visto el amplio surtido de modelos de armazones y lentes OPTIRED provisto por el servicio de óptica para beneficiarios de ..... , y que por motivos estéticos, he optado por otro modelo no incluido dentro del muestrario, circunstancia por la cual presto conformidad de abonar la diferencia que ocasiona dicho cambio, consistente en la suma de \$.....(pesos.....).

**Obra Social / Mutual** .....

**Afiliado / a:** ..... **Nº** .....

**Teléfono:** .....

**Marca / Modelo de Armazón:** .....

**Tipo de lentes:** .....

**Observaciones:**

.....  
.....  
.....

..... **RECIBI CONFORME**

Optired – Hipólito Yrigoyen 1116 1º Piso Of. C – C1086AAR – Ciudad de Buenos Aires – Argentina

Horario de atención: Lunes a Viernes de 9.30 a 18.00 hs

Tel/fax: (54 – 11) 4381-4788

[info@optired.com.ar](mailto:info@optired.com.ar) – [www.optired.com.ar](http://www.optired.com.ar)