

Anlage B1

Zum Anhang der Betriebsvereinbarung über arbeitsmedizinische
Vorsorgeuntersuchungen

Bestellschein für Bildschirmarbeitsbrillen

Angabe des Arbeitgebers

Auftraggeber/Rechnungsanschrift:	optional abweichende Rechnungsanschrift:
optionale Angabe zur Rechnungsstellung (z. B. Bestellnummer/Personalnummer) max. 70 Zeichen	
Für:	
Kundennummer: 33745	Unterschrift Arbeitgeber: (Dieser Bestellschein ist auch mit digitaler Unterschrift gültig)
Datum:	

Bitte geben Sie einen Pauschalbetrag an oder kreuzen das übernommene Produkt an.

Angabe des Pauschalbetrages Bitte liefern Sie eine Bildschirmarbeitsbrille inkl. einer Fassung bis zu einem Gesamtbetrag von maximal: _____ €

Alternativ:

	Veredelung	ohne	SHC Superentspiegelung Hartschutzschicht Pflegeleichtschicht	BUSC Blau-UV-Filter Superentspiegelung Hartschutzschicht Pflegeleichtschicht
Material				
Einstärken farblos				
Kunststoff n=1,5				
Kunststoff hochbr. n=1,6		–		
Raum-Comfort farblos (bereits mit Hartschutzschicht)				
Kunststoff n=1,5				
Kunststoff asphärisch n=1,5		–		
Kunststoff hochbr. n=1,6		–		
Kunststoff asphärisch hochbr. n=1,6		–		
Gleitsicht farblos				
Kunststoff n=1,5				
Kunststoff hochbr. n=1,6		–		
Bifokal farblos				
Kunststoff n=1,5				–

Informationen für Fielmann-Mitarbeiter/innen

Bei Vorlage dieses Bestellscheines wird die aktuelle Preisliste für Bildschirmarbeitsbrillen zugrunde gelegt. Der Auftraggeber übernimmt für eine Bildschirmarbeitsbrille maximal die angegebene Leistung. Werden insgesamt günstigere Leistungen gewählt, so wird auch nur dieser Betrag über die NOVENTI HealthCare GmbH/ALG zur Abrechnung gebracht. Die Arbeitnehmer sind berechtigt, gegen eigene Zuzahlung höherwertige Fassungen und Gläser zu wählen. Bei Fragen wendet euch gerne an das Team Bildschirmarbeitsbrille unter **Tel.: 040 270 76 1005**.

NDL-Nr.:	A-Beleg-Nr.:
Empfangsbestätigung: Datum, Unterschrift	

Original: Anlage zur Rechnung an Auftraggeber

Anlage B2

Zum Anhang der Betriebsvereinbarung über arbeitsmedizinische
Vorsorgeuntersuchungen



Bestellschein Bildschirmarbeitsplatzbrille		XXX purchase order number	Vertrags Nr. 51XXXXXX
Auftraggeber/Vertragspartner		Rechnungsanschrift (falls abweichend)	
Firma	XXXXXXX	Firma	
Zusatz		Zusatz	
Straße	XXXXXX	Straße	
PLZ/Ort	XXXXXXXXXX	Ort	
Ansprechpartner Auftraggeber (für Rücksprachen der Apollo-Filiale)			
		DE XXXXXXXX	
Vorname, Nachname	Telefonnummer, E-Mail	Rechnungs-E-Mail-Adresse	USt-ID
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	€ 68,00 MKS	<input type="checkbox"/> Multikomfort bis zu ca. 1,5 m Entfernung	€ 149,00 MKP
<input type="checkbox"/> Raumkomfort bis zu ca. 4,5 m Entfernung	€ 68,00 RKS	<input type="checkbox"/> Raumkomfort bis zu ca. 4,5 m Entfernung	€ 149,00 RKP
<input type="checkbox"/> Einstärken	€ 31,00 ES	<input type="checkbox"/> Einstärken	€ 79,00 EP
<input type="checkbox"/> Gleitsicht	€ 68,00 MGS	<input type="checkbox"/> Gleitsicht	€ 149,00 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 Vertragspartners 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	