

CONTACT LENS ORDER FAX FORM

Only to be used for Contact Lens orders that cannot be placed in CIAO! OR select Trial lenses* not found on the Contact Lens Status Portal.

Please print clearly and complete all lines or your order will be delayed.

A utiliser uniquement pour les commandes de lentilles de contact qui ne peuvent pas être placées dans CIAO ! OU pour sélectionner des lentilles d'essai* qui ne figurent pas sur le portail d'état des lentilles de contact. **Veillez imprimer clairement et remplir toutes les lignes, sinon votre commande sera retardée.**

Email: contactlensorders@luxotticaretail.com (Best Option/ Meilleure option)

Fax to 1-513-492-5332 when completed. (Alternate Option/ Option alternative)

☒ **SHIP TO STORE** Expédier au magasin **OR** ☐ **SHIP TO HOME** Ship à la maison

☐ **Overnight Delivery** Livraison de nuit **OR** ☐ **Standard Delivery** Livraison standard

- **NOTE:** Customer's address needed for home delivery only. (L'adresse du client est nécessaire pour la livraison à domicile uniquement)
- **NOTE:** No home delivery on **Proclear Multifocal Toric** (Pas de livraison à domicile sur Proclear Multifocal Toric)
- **NOTE:** No home delivery on **Trial lenses** (Pas de livraison à domicile pour les lentilles d'essai)

☐ **Check here if Trial CL Order for :**

***CooperVision - Proclear Multifocal Toric**

Cochez ici si la commande de CL d'essai est pour CooperVision - Proclear Multifocal Toric

Store Systems Support Ticket #: ticket d'assistance pour les systèmes de magasins # _____

Purchase Order Date: Date du bon de commande : _____

Brand ID: (please identify your brand name + Store#)

ID de la marque : (veuillez indiquer le nom de votre marque + le numéro de magasin)

***California stores please provide EE2K number**

LC# _____ Pearle# _____ Target# _____ Luxury/Antoine Laoun# _____ TV _____

**TeamVision Canada:
Process through
Premium Vision**

Store Fax # (Fax de magasin) _____ Store Email (Courriel du magasin) _____

Customer's Last Name (Nom de famille du client): _____ First Name (Prénom): _____

Street address (Adresse de la rue) _____

City (Ville) _____ State/Prov (état/prov) _____ Zip (Code postal) _____

Receipt # (Accusé de réception): _____ Sales Order/Receipt# (Commande de vente/reçu) : _____

(from the customer receipt- extrait du reçu du client)

(from today's Daily Transaction Report- extrait du Daily Transaction Report d'aujourd'hui)

Product Name Nom du produit: _____ Circle Cercle RX or DX

(Please do not abbreviate; order must have the brand and type of contacts, for example: Proclear Multifocal Toric)

Circle package size Taille de l'emballage circulaire: 1 2 3 4 6 12 24 30 90

Number of packs per eye Nombre d'emballages par œil: _____

RX /DX* Info	Sphere Sphère	Cylinder Cylindre	Axis Axe	Base Curve Courbe de base	Diameter Diamètre	Color Couleur	Add power Ajouter de la puissance	Specify DOM or Non-DOM Spécifier DOM ou Non-DOM
OD (Right)								
OS (Left)								

***Use of this form for Trial Lens orders will be limited to CooperVision-Proclear Multifocals Toric.**

Customer Service Only: SAP Order # _____ Date Ordered: _____