



CANADA - ISSUED FEB 2012 / ÉMIS  
 EN FÉVRIER 2012

DATE		SUPERVISOR NAME / NOM DU SUPERVISEUR	
EMPLOYEE NAME / NOM DE L'EMPLOYÉ		SUPERVISOR SIGNATURE / SIGNATURE DU SUPERVISEUR	
EMPLOYEE NUMBER / MATRICULE DE L'EMPLOYÉ		SUPERVISOR CELL # / CELL DU SUPERVISEUR	
EMPLOYEE COST CENTRE / CENTRE DE COÛTS		SUPERVISOR EMAIL / COURRIEL DU SUPERVISEUR	
EMPLOYEE EMAIL / COURRIEL DE L'EMPLOYÉ (OPTIONAL / OPTIONEL)		COST ELEMENT / CODE D'ACTIVITÉ	71290
DEPARTMENT / DÉPARTEMENT			
EMPLOYEE SIGNATURE / SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ		<b>**See below if employee is working at the Progress Rail Job Site, orders to be billed to applicable CP Rail account-excludes Quebec**</b>	

THE ABOVE SECTION MUST BE COMPLETED IN FULL TO ENSURE THAT THE ORDER WILL BE PROCESSED / LA SECTION CI-DESSUS DOIT ÊTRE ENTièrement COMPLÉTÉE  
 POUR QUE LA COMMANDE SOIT TRAITÉE

LENS POWER / PUISSANCE DES LENTILLES		SPHERE / SPHÉRIQUE	CYLINDER / CYLINDRE	AXIS / AXE	PRISM / PRISME	BASE
		RIGHT / DROIT				
LEFT / GAUCHE						
**Box Measurement Only Please**		ADD / ADDITION	SEG HEIGHT / HTR DU SEG	DIST P.D. / DIST E.I.O.	NEAR P.D. / PRÈS E.I.O.	
**Mesures "BOX" s.v.p.**		RIGHT / DROIT				
		LEFT / GAUCHE				

LENS STYLE / TYPE DE FOYER

SINGLE VISION / SIMPLE FOYER  
 FLAT TOP BIFOCAL / ST DOUBLE FOYER 28 35  
 EXECUTIVE® BIFOCAL / EXÉCUTIF® DOUBLE FOYER  
 ROUND SEG BIFOCAL (22 ONLY) / SEG ROND DOUBLE FOYER (22 SEULEMENT)  
 DOUBLE SEG 28 / ST FOYER OCCUPATIONNEL  
 FLAT TOP TRIFOCAL / ST TRIPLE FOYER  
 PROGRESSIVE / PROGRESSIF  
 PLEASE SPECIFY TYPE OF PROGRESSIVE / S.V.P. SPÉCIFIEZ LE TYPE DE PROGRESSIF: \_\_\_\_\_

LENS MATERIAL / MATÉRIAU DE LENTILLES

PLASTIC CR-39® (SUNGLASSES) / PLASTIQUE CR-39® (TEINTÉES)
  DURALITE® - POLYCARBONATE (CLEAR LENSES) / DURALITE® POLYCARBONATE (CLAIRES)

LENS OPTION CHOIX DE LENTILLES

CLEAR / CLAIRE  
 TRUE COLOR GRAY TINT ONLY / TEINTE SOLIDE GRISE SEULEMENT  
 MAXIMUM 80% SPECIFY % / SPÉCIFIEZ % \_\_\_\_\_  
 SCRATCH RESISTANT COATING / ENDUIT RÉSISTANT AUX RAYURES  
 UV COATING / ENDUIT UV  
 ANTI REFLECTIVE COATING (POLYCARBONATE ONLY / ENDUIT ANTIREFLETS (POLYCARBONATE SEULEMENT)  
 \*UPGRADE - EMPLOYEE TO PAY DISPENSER FOR THIS OPTION  
 \*OPTION DE L'EMPLOYÉ DOIT PAYER DIRECTEMENT À LA CLINIQUE AU PRIX DE LA CLINIQUE

FRAME / MONTURE

STYLE / MODÈLE \_\_\_\_\_ SIZE / GRANDEUR \_\_\_\_\_ COLOR / COULEUR \_\_\_\_\_

SIDESHIELDS / ÉCRANS PROTECTEURS

PERMANENT PER PROGRAM SPECIFICATIONS / PERMANENTS OBLIGATOIRES D'APRÈS LE CONTRAT

SPECIAL INSTRUCTIONS INSTRUCTIONS SPÉCIALES

**EMPLOYEE TO SUBMIT A SEPARATE ORDER FORM FOR EACH PAIR OF GLASSES / L'EMPLOYÉ DOIT PRÉSENTER UN FORMULAIRE PAR LUNETTE COMMANDÉE**

**This section is not applicable for Quebec:**

Is this order for the Progress Rail Weston Shops, Winnipeg? (Y/N) \_\_\_\_\_

Progress Rail Authorization Signature for Eyewear \_\_\_\_\_ Progress Rail Authorization Signature for Tints \_\_\_\_\_

Progress Rail Frame Selection: Eagle, SW06E, Maxim Air Seal, ZT100 (No Exceptions)

SHIP-TO DISPENSER NAME / PROFESSIONNEL		Clinique # / # du Membre Cevic:
DISPENSER ADDRESS / ADRESSE DU PROFESSIONNEL		
DISPENSER SIGNATURE / SIGNATURE DU PROFESSIONNEL	DATE _____	TELEPHONE / TÉLÉPHONE _____