

Report of the Doctor

01. Name:

02. Age:

Lenses Power

03. Foldable Intra Ocular Lenses -

04. Non Foldable Intra Ocular Lenses -

05. Name of the Doctor and Signature with rubber stamp:

ලිපිනය : II අදියර, D කොටස, සෙත්සිරිපාය, බත්තරමුල්ල.

முகவரி : 2ஆம் மாடி , தொகுதி D, செத்திரிபாய - கட்டம் II பத்தரமுல்லை.

Address : 2nd Floor , Block D , Sethsiripaya - II Stage , Baththaramulla.

ඊ-මේල්/අ-මෙයිල්/ E-mail : nsemss@sltnet.lk

දුරකථන / தொலைபேசி/ Telephone:

අධ්‍යක්ෂ / பணிப்பாளர் / Director : 0113094543

කාර්යාලය / அலுவலகம் / Office : 0113094544

ෆැක්ස් / பெக்ஸ் / Fax :