

滝風イオンメディック購入申込書 FAX:03-6732-3245

株式会社セレニテ御中 TEL(0479)35-0347 申込日 年 月 日

ご注文者 フリガナ	生 年 月 日
	年 月 日

ご注文者ご住所 〒 □□□-□□

都 道
府 県

TEL	Eメール
-----	------

※連絡可能な時間帯に☑してください。何ヶ所でもOK(到着次第こちらからお電話をさせていただく場合があります。)

10:00~11:00 11:00~12:00 12:00~13:00 13:00~14:00 14:00~15:00 15:00~16:00 16:00~17:00 17:00~18:00 18:00~19:00 19:00~20:00

お届け先ご住所 〒 □□□-□□ お電話番号 _____

都 道
府 県

ご希望お届け時間帯 午前中 14時▶16時 16時▶18時 18時▶20時 19時▶20時

※発送は原則注文2日後になりますが、在庫がある場合はご入金確認後最短で翌日到着になります。

注文品(ご希望に☑)	金額
<input type="checkbox"/> 滝風イオンメディック ライトパープル(264,000円税込) ×	
<input type="checkbox"/> 滝風イオンメディック パールホワイト(264,000円税込) ×	
<input type="checkbox"/> フィルター5枚セット(1,300円税込) ×	
<input type="checkbox"/>	

ご請求合計金額

お支払い方法(ご希望に☑)

銀行振込み(商品は振込み確認次第発送) 代引き(クロネコヤマト便で到着時現金かカード)

※カードでお支払い希望の方は代引き決済でお申し込みください。お持ちのカードでの分割払いも可能です。

振込先口座:楽天銀行 株式会社セレニテ 支店名:第二営業支店(支店番号252)普通預金 口座番号7857310

★ ご質問やご要望など