

bi:Nrs [ヴィーナス] by FEED

FAX

# 個人のお客様専用FAX注文書 0120-004-506

本注文書は、「個人のお客様」による「ヴィーナスカタログ掲載商品」のご注文に限り、ご使用いただけます。

医院/施設等、法人・事業者のお客様は、フィードデンタルカタログ/メディカルケアカタログ/VETカタログ用の注文書をご使用ください。

お客様番号  
記入必須

ご注文日  
(FAX送信日)  
記入必須

 月  日

送信枚数

枚目 / 枚中

2枚以上の時に  
ご記入ください

ご請求先

お名前  
記入必須

〒

ご住所

TEL  
記入必須

FAX

お届け先

上記ご請求先と  
異なる場合のみ  
ご記入ください

お名前

〒

ご住所

TEL

FAX

必ずご記入ください

商品コード(7ケタ)

数量

1		—	
2		—	
3		—	
4		—	
5		—	
6		—	
7		—	
8		—	
9		—	
10		—	
11		—	
12		—	
13		—	
14		—	
15		—	

ご記入は自由です[お客様控え欄]

商品名等

(当社では内容の確認は行っておりません。ご了承ください。)

お客様控え欄

送料について

ご注文金額

合計 **5,280円**以上  
(税込)

の場合、

**送料無料**

でお届けします。

ご注文金額が5,280円未満(税込)の場合、  
送料550円(税込)をいただきます。

ご注文いただいた時点で、当社の利用規約に同意していただいたものとします。利用規約はカタログ巻末でご確認いただけます。

パルスオキシメーター、医用血圧計の個人での購入にはご職業の確認が必要です。詳しくは、ヴィーナス個人様専用窓口(0120-37-4246)までお問い合わせください。

通信欄

消費税計算：当社では商品本体価格(税別価格)の合計に対して消費税を算出しております。そのため、「ご請求金額」と「個々の税込表示金額の合計金額」に差異が発生する場合がございますので、あらかじめご了承ください。

次号のご請求 下記□に✓をご記入ください

次号「春夏カタログ(無料)」を  
請求する(920-0813)

次号カタログも送付をご希望のお客様は、上記請求欄に  
☑をつけてください。

お支払い方法 下記□に✓をご記入ください

右記に記入がない場合は  
前回注文の支払方法を適用します。

※ 初めてのご注文で合計金額が22,000円(税込)以上になる場合は、  
代引きのみご利用いただけます。コンビニ・郵便局払いをご指定の場  
合も代引きに変更されますのでご了承ください。

コンビニ・郵便局払い\*

代引き

bi:Nrs [ヴィーナス]

FEED

FAX 0120-004-506

〒220-6119 横浜西区みなとみらい2-3-3クイーンズタワー B 19階

24時間受付 ●番号はおかけ間違いのないようお願いいたします。