

FAX 送信先 046-241-5586

AED サマリタン PAD350P 購入の申込み

キャンペーン期間のみ対象とする申し込み用紙です。

必要な情報を楷書にてご記入の上、ご返信ください。

フリガナ	
会社名又は団体名個人の方は個人名	
部署名・役職	
購入者氏名	
購入先の住所	
お支払方法	<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 代引き
AED 窓口担当者名 申込者と異なる場合のみ記載して下さい。	氏名： _____ 固定電話： _____ 携帯： _____
AED 設置先の事業所名店舗名等	購入先と異なる場合のみ
AED 設置先の住所	購入先と異なる場合のみ
設置先の固定電話	TEL： _____ FAX： _____
設置先の担当者名	
購入者のメールアドレス	正確にお願い致します。ハイフンの位置、上中下及び英数字の0と0の違い
AED 管理用に登録に使用するアカウント	正確にお願い致します。ハイフンの位置、上中下及び英数字の0と0の違い
AED 受取人情報	<input type="checkbox"/> 申込者住所と同じ <input type="checkbox"/> 設置先
契約書及び請求書の送信希望方法	<input type="checkbox"/> FAX 希望 <input type="checkbox"/> メール希望 弊社への返信は FAX・メールのいずれかでご返信下さい。
AED の設置場所（具体的に）	記載例：1F 受付/玄関入り口等
設置先の通常の営業時間帯	
設置先の休日	
希望納品日と時間帯	
代金の支払予定日（振り込みの場合）	
サマリタン PAD350P の購入台数	
連絡事項	_____ _____

代表者の代理として申し込む場合は、代表者の承諾の下、申し込みをしたものとします。

送料及び代引き手数料は別途有料となります。2台以上は無料