

FAX 送信先 046-241-5586

AED サマリタン PAD シリーズ・ライフパック CR2 購入の申込み

必要な情報を楷書にて記入の上、FAX 又はメール添付にて申し込み下さい。 contact@japanservice.co.jp

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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： _____ |
| 設置先の窓口担当者名 | |
| 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 <input type="checkbox"/> 購入者と同じ |
| 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） | |
| 購入機種 | <input type="checkbox"/> サマリタン PAD350P <input type="checkbox"/> サマリタン PAD450P <input type="checkbox"/> ライフパック CR2 |
| 購入台数 | |
| ドクター紹介や法人紹介者がいる場合 | 弊社を紹介して頂いた紹介者名 |
| 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 納期は入金確認後、約4営業日（九州・沖縄・北海道は5営業日）