

FAX注文用紙

本ページをプリントしてご利用ください。
送信先：03-6862-9834

初めてご購入されるお客様は
「歯科医師免許」のコピーを
FAX、もしくはEメールにてお送りください。

[FAXでお送りいただく場合]

歯科医師免許をコピーし、FAX番号03-6862-9834までご送信ください。なお、ヘッダーや送り状などは不要です。

[Eメールでお送りいただく場合]
info@smile-us.com

デジタルカメラで歯科医師免許を撮影し、Eメールに添付してお送りください。なお、携帯電話のカメラ機能で撮影する場合は高画質で撮影してください。



FAX、Eメール共にセキュリティー万全のインターネット回線を通じてデジタル処理されます。
送信中、弊社管理部以外の第三者に情報が漏洩することは一切ございませんので、ご安心ください。

(ふりがな) 氏名		
歯科医院名		
配送先ご住所	〒 -		
電話番号		FAX番号	
Eメールアドレス (お持ちの方のみ)		

商品番号	商品名	単価	数量
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

お支払い方法にかかわらず、送料はすべて着払いとなります。尚、商品代金に約5%が税として加算されます。
併せてお届け時に宅配員にお支払いいただきますようお願いいたします。

お支払い方法	<input type="checkbox"/> 代金引換着払い		
	クレジットカード <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> AMEX		
	カード番号	有効期限	月 年
	CVVコード	<input type="text"/>	VISA, Master, JCB, DINERSはウラ面 ご署名欄の右上部にある3桁の数字
	カード名義人	 AMEXはオモテ面カード番号の 右側にある小さな4桁の数字	

ご質問、ご要望をご記入ください。