

湘南スマイルコレクション FAX 注文書 FAX 番号 0467-33-0984

こちらの FAX 注文書を A4の用紙に印刷してご利用ください。

送信枚数 枚

◆ご注文日 年 月 日

※当ショップより、ご確認(合計金額など)のお電話をさせていただきます。お電話番号の明記をお忘れなくお願いします。

お 名 前			
ご 住 所	〒 -		
お 電 話 番 号		F A X 番 号	
E-Mail ア ド レ ス	<p style="text-align: center;">@</p> <p>ご連絡用に使いますので正確にご記入下さい。 ※着信拒否設定済みのメールアドレス(携帯電話)は、ご利用できません。 メールアドレスをご記入なさなくても結構です。その場合は、お電話と FAX にて対応させていただきます。 ※クレジットカード決済をご希望の場合は必須になります。</p>		

◆商品お届け先

お 名 前			
ご 住 所	〒 -		
お 電 話 番 号			
お 届 け 指 定 日	月 日 (ご注文日より5日目以降でご指定下さい。)	指定無し	
お 届 け 時 間 帯	午前中 14-16 時 16-18 時 18-20 時 19-21 時	指定無し	

◆お支払い方法

お 支 払 い 方 法 ○で囲んでください	代金引換 ・ 銀行振込 ・ 郵便振替 ・ クレジットカード
	<p>※代引手数料は、330円(税込)。税込 5,500 円以上のお買上げの場合は代引き手数料無料。 代引き決済の場合は、ご注文受付の確認後、ただちに発送の手配をとります。 ※銀行振込手数料はご負担下さい。(ご入金確認後の発送となります。) 振込先 三井住友銀行 大船支店 普通 7047365 ュ)マルスアーバンプロデュース ※郵便振替手数料はご負担下さい。(ご入金確認後の発送となります。) 振替先 記号:10910 番号:7953621 ュ)マルスアーバンプロデュース</p>

◆ご注文商品

商 品 番 号	商 品 名	数 量

※ お届け先欄が足りない場合は、複数枚にてご利用ください。

通信欄
