

バイオクリーン剤FAX注文書

FAX番号:028-660-8033

注文書No. No.		お申込日 (要記入) 令和 年 月 日			
ご依頼主様 (お届け先)	おところ	〒 _____			
	お名前	_____様			
	TEL	(_____)	FAX	(_____)	
お支払方法	1 銀行振込	2 郵便局振込用紙	※ご希望のお支払方法に ○ をご記入ください		

※振込手数料はお客様ご負担にてお願いいたします。

※宅配便の代金引換えには対応しておりません。

商品名	単価	数量	金額
補充用バイオクリーン剤 (1袋/60L 定価5,500円)	3,300 円 ×	袋 =	円
送料 (1梱包/1~2袋まで)	1,980 円 ×	梱包 =	円
御注文金額合計			円

希望納品日	年 月 日 () 曜日				
希望配達時間帯	午前中	14時-16時	16時-18時	18時-20時	19時-21時

※配送はクロネコヤマト宅急便を予定しております。配達時間指定をご希望の場合は上記希望時間帯に○を付けて下さい。

※出来る限り御希望納品日時間帯に納品致しますが、状況によりご希望に添えない場合がございます。

※上記送料はクロネコヤマトの地域分類「関東」圏のみとなり、他の地域は別途見積りとさせていただきます。

※上欄の太枠内に必要事項をご記入ください。

弊社確認欄					
納品日	年 月 日 () 曜日				
配達時間帯	午前中	14時-16時	16時-18時	18時-20時	19時-21時
発注数量・金額確認欄					
商品名	単価	数量	金額		
補充用バイオクリーン剤 (1袋/60L 定価5,500円)	3,300 円 ×	袋 =	円		
送料 (1梱包/1~2袋まで)	1,980 円 ×	梱包 =	円		
御注文金額合計			円		
弊社担当者	Ⓜ				

敷地内処理装置「バイオクリーンシステム」販売・施工・管理

〒321-0971 栃木県宇都宮市海道町 851-3 (TEL番号 028-660-8022)

株式会社 バイオクリーン

FAX : 028-660-8033