

バイオクリーン剤FAX注文書

FAX番号:028-660-8033

注文書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/6.0L 定価5,500円)		3,300 円	×	袋	=	円
送料 (1梱包/1~2袋まで)		2,420 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/6.0L 定価5,500円)	3,300 円	×	袋	=	円	
送料 (1梱包/1~2袋まで)	2,420 円	×	梱包	=	円	
御注文金額合計					円	
弊社担当者	_____ (印)					

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