

下記の必要事項にご記載いただき、上記のFAX番号へお送りください。

【お客様情報】

ご注文日 平成 年 月 日 ( )

お名前	フリガナ	電話番号	※日中ご連絡が取れる番号をご記入ください。
		FAX番号	
		メールアドレス	
ご住所	〒 (マンション、アパート名までご記入ください)		
お届け先	〒 (マンション、アパート名までご記入ください) ※ご住所以外にお届けの場合のみご記載ください。 ※ヤマト運輸営業所留、郵便局留をご希望される場合、その営業所、郵便局名をご記載ください。 ※郵便局留をご希望される場合のお支払い方法は、代金引換(現金決済)と現金書留のみとなります。		
ご希望の配達日時	配送希望日： 月 日 ( ) 時間指定： 指定なし・午前中・12時～14時・14時～16時・16時～18時・18時～20時・20時～21時 ※ご希望の時間帯に○を付けてください。		
お支払方法	<input type="checkbox"/> 代金引換(現金決済) <input type="checkbox"/> 代金引換(クレジットカード決済) <input type="checkbox"/> 代金引換(電子マネー決済) <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金書留 ※ご希望のお支払い方法にチェックを入れてください。 ※恐れ入りますが、銀行振込、現金書留でお支払いの場合の手数料はお客様にご負担いただいております。		
ご注文内容	<input type="checkbox"/> 1箱 ￥14,448円(税込) <input type="checkbox"/> 2箱 ￥24,948円(税込) <input type="checkbox"/> 3箱 ￥34,448円(税込) <input type="checkbox"/> 4箱 ￥43,948円(税込) <input type="checkbox"/> 5箱 ￥52,948円(税込) ※ご希望のご注文内容にチェックを入れてください。 ※上記金額には送料全国一律648円が含まれており、お支払いの合計金額になります。 ※現在、代引手数料無料キャンペーンを行っております。		
備考欄	何かご希望、ご質問がございましたらご記入ください。		

お買い上げいただき、誠にありがとうございます。

ご注文の確認をいたしましたら、メールもしくはFAXにて受注のご連絡をさせていただきます。

※お客様からお預かりした個人情報、細心の注意を払い適切な取り扱い及び保護に努めます。

バリテインに関するお問い合わせ先はこちらから

メディカルインダイレクト カスタマーサポートセンター 〒112-0014 東京都文京区関口1-8-6

■電話 03-5579-8140 ■メール info@varitain.com ■営業時間 平日10:30～18:30