

ハートフルコンタクトNEO 【コンタクトレンズ FAX注文用紙】

必ず【お支払い方法と送料】についてをご覧ください。

【販売規約】を遵守してご注文下さい。

申し込み日	年 月 日
-------	-------

氏名(フリガナ)	ご自宅電話番号	※ご連絡用電話番号
様		
ご自宅住所(ビル・マンション名までお書き下さい)	FAX番号	
〒		

※当店を初めてご利用いただくお客様は、昼間に連絡の取れる電話番号をお書き下さい。

お届け先住所(ご自宅にお届けの場合は不要です)	お届け先電話番号
〒	

ご購入レンズのデータをご記入ください。

	商品名	左右	BC(カーブ)	PWR(度数)	CYL(乱視度数)	AX(乱視軸)	数量
1							
2							
3							
4							
5							
備品							

お支払い方法	配達時間指定
<input type="checkbox"/> 代金引換便(お届け時にお支払い) 商品代金+送料+代引手数料 <input type="checkbox"/> 後払い(コンビニ・銀行・郵便局) ※後払い手数料は200円ですが、注文手数料として商品合計+送料+後払い手数料の5%を頂きます。	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 12時-14時頃 <input type="checkbox"/> 14時-16時頃 <input type="checkbox"/> 16時-18時頃 <input type="checkbox"/> 18時-20時頃 <input type="checkbox"/> 20時-21時頃
<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 郵便振替 (代金は先払いとなります) 商品代金+送料	備考

ハートフルコンタクトNEO

FAX 0475-50-2201 (24時間受付)

<http://www.heartfulcontact.com>

千葉県東金市田間54番地2 TEL:0475-50-2273