

## バイオンメディカルサービス FAXご注文シート

お名前 \_\_\_\_\_ ふりがな \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

郵便番号・ご住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

アパート・マンション名 \_\_\_\_\_

備考欄 \_\_\_\_\_

商品名	数量	小計

お手数ですが商品名、数量、小計はサイトの記載通り正しくご記入ください。

発送方法 どちらかお選びください。 ・EMS 2,500円 ・書留便 500円

書留便はお買いあげ合計金額が8,000円以下の場合にのみお選びいただけます。また、19,000円以上お買いあげの場合に限り、EMS送料が1,000円均一に割り引きされます。ご不明な点はお問い合わせください。

商品お買いあげ金額 + 送料 = 合計金額 円

FAX 送信番号 **020-4624-4771** お問い合わせ [bms@hinge.co.jp](mailto:bms@hinge.co.jp)

お振り込み先 三菱東京UFJ銀行 池袋東口支店 普通 1970478 カ) ヒンジ