

注文書

BOMET 3i™

株式会社 インプラント・イノベーションズ・ジャパン

〈納品先〉

貴医院名： _____

ご担当者： _____

〒 _____

ご住所： _____

TEL _____ FAX _____

〈請求書送付先〉 納品先と異なる場合のみご記入ください。

名称： _____

〒 _____

ご住所： _____

TEL _____ FAX _____

必ずご記入ください	注文日	年	月	日
納品希望日	月	日	AM・PM	
使用予定日	月	日	AM・PM	
タイムサービス使用	可・不可	・タイムサービスはAM10:00のお届けになります。 ・地域によりご利用できない場合があります。		
※土曜、日曜、祝日は定休日です。 ※午後3時30分までのご注文は当日発送、午後3時30分以降のご注文は翌日発送となります。 ※タイムサービスをご利用の場合、別途追加料金はおお客様のご負担となります。 ※配達事情により、お約束の時間にお届けできないことも予想されますので、予めご了承ください。				

	商品番号	商品名	数量	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

注文専用

フリーダイヤル・ファックス



0120-31-4004

ご注文の際は必ず商品番号をご記入ください。