

大阪歯科金属 郵送買取用申込書

FAX 送信先:072-943-2495

| | | |
|---------------------|--------------|--|
| 買取商品 | 例) 歯科用スクラップ | 発送日 |
| | | 西暦 20 年 月 日 |
| フリガナ | | 生年月日 |
| お名前 | 法人の場合は担当者名 | 西暦 |
| | | 年 月 日 |
| 電話番号 | | ご職業 |
| ご住所 | 〒 都 道 府 県 | |
| 利用規約を読み、内容に同意いたします。 | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> に✓をご記入ください |

希望連絡方法 に✓を入れてご記入下さい。

| | | |
|--------------------------|------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | FAX | |
| <input type="checkbox"/> | フリガナ | アット |
| | メール | @ |
| <input type="checkbox"/> | LINE | ※LINE で事前にメッセージのやりとりをされた方のみとなります。 |
| <input type="checkbox"/> | 電話 | 連絡希望 時間帯 (10 時～18 時まで) |

※買取価格・その他連絡事項をご希望の方法でお知らせいたします。

※電話・FAX の場合は 072 から始まる番号からの連絡となる場合がございます。

お振込先口座(※申込人様と振込先口座の名義は同一人物でお願いします)

| | | |
|---------|-------|------|
| お振込み先口座 | 銀行名 | 支店名 |
| 種別 | 普通・当座 | 口座番号 |
| フリガナ | | |
| 口座名義 | | |

※初回の方はお振込先口座のお知らせは不要です。お支払い方法は本人限定受取の現金書留のみとなります。現金書留をご希望の方は、「銀行名」に「現金書留」とご記入下さい。

※法人名義口座不可、法人の方は担当者様へ本人限定受取郵便の現金書留にてご送金いたします。

※ゆうちょ銀行口座をご希望の場合は銀行名欄に「ゆうちょ」、口座番号欄に「記号と番号」をご記入ください。

※18 歳未満の方はご利用いただけません。予めご了承下さい。

※上記の項目に記入漏れが見られた場合、買取サービスをご利用頂けない場合がございます。

| | |
|-------|--|
| 弊社記入欄 | |
|-------|--|

運営：株式会社フルモス
〒583-0017 大阪府藤井寺市藤ヶ丘 3-12-9
古物商許可証番号：大阪府公安委員会 第 622242205354 号