

interZoo クリニッククラブ FAX注文書



ボールペン、もしくはサインペンで枠内にはっきりとご記入ください

お申込み日 年 月 日	ご注文枚数 (オーダー用紙が2枚以上の時、ご記入ください)	お申込日 月 日	ご利用実績 有 無	ご住所変更 有 無	姓名変更 有 無	カタログ表紙 下のご利用地域コードをご記入ください
	枚目 / 枚中					

お客様	フリガナ:	お客様のお誕生日			TEL FAX	
	お名前	年 月 日				
	郵便番号	都・道 府・県	市・区・町 村・郡			
ご住所	〒			メールアドレス		
(ビル・マンション名・部屋番号)			@			
ペット	ご同居のペットは? 犬 猫 その他	種類 (例: バグ)	お名前	年齢 (歳)	性別	ご配送時間指定 (ご希望の時間帯に1つ○をつけてください)
						<input type="radio"/> 午前中 <input type="radio"/> 12時~14時 <input type="radio"/> 14時~16時 <input type="radio"/> 16時~18時 <input type="radio"/> 18時~20時 <input type="radio"/> 19時~21時

ご配送先	<input checked="" type="checkbox"/> 配送先が上記の住所と異なる場合、 ご配送先をご記入ください。		フリガナ:	請求書のお届け先 <input type="checkbox"/> お客様 <input type="checkbox"/> ご配送先
			お名前	※お電話番号を必ずご記入ください。
	郵便番号	都・道 府・県	市・区・町 村・郡	(ビル・マンション名・部屋番号)

お支払方法	<input type="checkbox"/> 代金引換 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 後払い 郵便振替・コンビニ	ご利用カード	<input type="radio"/> マスター <input type="radio"/> VISA <input type="radio"/> JCB <input type="radio"/> AMEX <input type="radio"/> UC <input type="radio"/> DC
	■ご指定のない場合は「代金引換」となります。 代金引換は手数料432円をご負担いただきます。(6,480円以上で無料) 後払いの場合はご利用手数料205円をご負担いただきます。	お支払回数	<input type="radio"/> 1回 <input type="radio"/> 3回 <input type="radio"/> リボ
	カード番号 (ハイフン「-」を入れずにご記入ください)		有効期限

商品コード	商品名 (サイズ、色、タイプ)	数量	金額 (税込)	定期便	アンケートにご協力ください。 ● 現在ペット共済に加入していますか? <input type="checkbox"/> 加入している 共済名 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 加入していない ご意見 今後、クリニッククラブからのご案内 (DMやメルマガ) がご不要な場合、下記に✓をご記入ください。 <input type="checkbox"/>
				週おき	
合計				円	

刻印文字	商品コード	タイプ・絵柄	商品名	絵柄
	1行目	欧文の場合 大文字・小文字の区別をつけてご記入ください		
	2行目	数量	金額 (税込)	
	3行目	円		
刻印文字	商品コード	タイプ・絵柄	商品名	絵柄
	1行目	欧文の場合 大文字・小文字の区別をつけてご記入ください		
	2行目	数量	金額 (税込)	
	3行目	円		
※別送料630円がかかります			オーダー品合計	円

FAX専用番号 0120-881-980

インターネットからもご注文を受け付けております。詳しくは <http://www.interzoo-pet.com/> まで