

注文書

〒080-2470

北海道帯広市西20条南3丁目1-6

わだ歯科クリニック

担当:和田大海

Fax:0155-66-4701

※ご注意

カンデーレは口にくわえて使用する為、返品できません。

カンデーレは4,950円(税込み)となっております。

ヤマト運輸のコレクト(代引き)で発送致します。

送料、代引き料(コレクト手数料)は購入者負担とさせて頂いております。

カンデーレ4,950円(税込み)×個数 +コレクト手数料(1個の場合330円、2~5個の場合440円、5個以上は談応) +送料550円(税込み)を加算した総合計金額が支払い金額となります。

カンデーレの注文個数、合計金額、ご氏名、郵便番号、ご住所、TEL&FAXをご記入頂き、
FAXにて0155-66-4701へ、お送り願います。

商品名	単価(税込み)	数量	合計金額
カンデーレ	4,950		
ヤマト運輸コレクト手数料(1個の場合)	330		
ヤマト運輸コレクト手数料(2~5個の場合)	440		
(5個以上の場合は談応となります)			
送料	550		
支払い総合計金額			

カンデーレを 個 注文いたします。

ご氏名 :

郵便番号 :

ご住所 :

TEL&FAX :