

# パーフェクトペリオFAX注文用紙

こが歯科医院FAX : 093-581-9120

お客様情報

ご記入欄	
お名前	
ご住所	〒 - ( アパート・マンション名: )
お電話番号	TEL: ( ) (必須)FAX: ( )

FAXをお持ちでない方は、下記 にチェックをお入れ下さい。お電話にて連絡させて頂きます。

## 電話連絡希望

ご注文後に、送料を含めた合計金額をFAXでお知らせ致します。

ご注文内容

パーフェクト・ペリオ(500ml):  本

ご購入本数をご記入下さい。  
(1本2300円、2本目からは1本1900円になります。)  
(院内販売価格は、1本2100円、2本目からは1700円となります。)

お支払い方法: 代引 銀行振込

ご希望のお支払い方法に、印をお入れ下さい。

お振込詳細(銀行振込をご希望の場合は、下記までお願い致します。)  
ご入金確認後、商品の発送をさせていただきます。

銀行振込先

西日本シティ銀行 室町支店(普)1742381  
医療法人真美会 こが歯科医院 院長 古賀睦弘

振り込み手数料は、ご負担下さいますようお願いいたします。

こが歯科医院

〒803-0831  
福岡県北九州市小倉北区日明3-3-6-2F  
TEL・FAX:093-581-9120  
担当:横尾