

【超音波踵骨測定装置 A-1000EXP II レンタルお申込書兼ご注文書】

オリックス・レンテック株式会社

年 月 日

◆お申込者様情報

(ふりがな)	(ふりがな)	(ふりがな)	(ふりがな)
医療法人名・病院名	法人代表者様名		
(ふりがな)	(ふりがな)	(ふりがな)	(ふりがな)
診療科	ご担当者様名		
ご住所	〒		
お電話番号		FAX番号	
E-MAIL	@		

◆弊社医療機器レンタル約款をご確認頂き、以下チェックボックスにてご承諾をお願い致します。

貴社の医療機器レンタル約款を確認、承諾したのでレンタル申込みを致します。

レンタル品は医療機器の為、医師でない場合には、医師の監督、指示の下で添付文書に従って使用します。

医療機器レンタル約款は、『レンタルお申込み』画面にてご確認ください。
http://www.orixrentec.jp/request/medical/input.html?sale_division=0

承諾します

◆ご送付先情報

◆ご請求先情報

◆ご使用目的

◆ご希望納品、引取日 201 年 月 日 () ~ 201 年 月 日 ()

※最短納品日は別途、ご連絡させていただきます。

◆台数 台 ◆追加記録紙 希望本数→ 本 ・ 不要
 ※本体には1巻付属しております。
 ※追加は別途、¥1200 /1巻(税抜)が発生致します。

◆ご希望レンタル期間 10日間 1ヶ月間 その他()

◆10日間レンタル/1台

レンタル料¥32,000 + 往復運送料¥8,000(初回ご請求) = 合計¥40,000-(税抜き)

◆1ヶ月間レンタル/1台

レンタル料¥80,000 + 往復運送料¥8,000(初回ご請求) = 合計¥88,000-(税抜き)

◆お支払い方法 20日締翌月末日現金お振込(弊社指定口座へのお振込となります)

ご請求書は、レンタル品納品の3日後に郵送にてお届け。

銀行振込みの際は、個人名ではなく、病院名にてお振込みをお願い致します。

◆ご返却方法

レンタル終了日近くに、引取日確認のお電話を差し上げます。

運送伝票は運送会社が持参しますので、納品時のダンボール箱に梱包し ご準備をお願い致します。

レンタルに関するお問合せはこちらへ

オリックス・レンテック(株) 医療事業部

TEL:03-3473-6192 / FAX:03-3473-8521

●製品についてのお問合せ ... オムロン コーリン(株) コールセンター TEL:0120-088-203