

【アストリムSU 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)	
病院名・会社名		法人代表者様名	
(ふりがな)		(ふりがな)	
部署名		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。

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。

医療機器レンタル約款は、『レンタルお申込み』画面にてご確認下さい。
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

◆台数

台

◆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。

◆ご希望レンタル期間

 7日間 その他()

◆1週間レンタル/1台

レンタル料¥25,000 + 往復運送料¥5,000(初回ご請求) = 合計¥30,000 (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致します。

銀行振込みの際は、個人名ではなく、会社名・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。

※新規お取引をさせていただくうえで、お客様登録にあたり弊社所定の審査をさせていただきます。

尚、後日「商業登記簿謄本」「決算報告書」等、関係書類のご提出をお願いする場合があります。

また、審査の結果ご希望に添えない場合がありますので、予めご了承願います。

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

(37096400)

TEL:03-3473-6192

/ FAX:03-3473-8521

※製品についてのご説明 シスメックス株式会社 R&I 事業企画部 アストリム担当 tel 0120-498-620