

⇒豊ファインパック株式会社 宛

(FAX番号 0778-23-7734)

# 歯科医院様向け 感染防止ポリ袋 御注文書 (新)

※消費税別表示に変更した注文書となります。単価の変更はございません。 ↓不要の場合は空白

| 品番     | サイズ (幅×長さ)<br>外寸: 単位ミリ | 1ケース<br>枚数 | 主な用途                | 1ケース<br>税別価格 | ご注文数<br>(ケース数) | ☑有料オプション |       |
|--------|------------------------|------------|---------------------|--------------|----------------|----------|-------|
|        |                        |            |                     |              |                | 穴有り      | 穴&紐通し |
| Y-0826 | 80×260                 | 5,000枚     | タービン、コントラ、3way、光重合等 | 10,500円      |                |          |       |
| Y-1041 | 100×410                | 5,000枚     | タービン、コントラ、光重合 等     | 13,000円      |                |          |       |

## ※ご注意ください

・送料について:

3ケース以上のご注文なら、**送料無料** (品番が異なって可) です。

3ケース未満の場合、**1ケースごとに710円** (税別)、北海道は960円 (税別)。離島への配送は致しておりません。

・お支払い方法について: 代金引換となります。以下のように代引き手数料が必要です。

代引き手数料 (税別) : **3万円以下 = 400円、10万円以下 = 600円**

追加オプション代 (税別) : パンチ穴有り : **1枚あたり+1.4円**、パンチ穴有り&PP紐通し : **1枚あたり+2.0円**

・納期について:

追加オプション無しの場合: 当日or翌営業日出荷 (在庫切れの場合別途)

追加オプション有りの場合: ご注文から1週間程度で出荷

**【お支払い代金】 = 【商品代】 + 【オプション代】 + 【送料】 + 【代引手数料】 + 【消費税】**

※お支払いの合計金額については、折り返しご連絡させていただきます。

ご注文日 年 月 日

貴社名 印

ご担当者様名

ご住所 〒

電話番号

ファックス番号

お届け希望日 年 月 日

連絡事項 (定休日等)

※弊社記入欄※

|             |   |              |     |     |
|-------------|---|--------------|-----|-----|
| 送料 (税込) :   | 円 | 代引手数料 (税込) : | 円   | 担当: |
| 合計金額 (税込) : | 円 | 出荷予定日:       | 月 日 |     |

ご注文ありがとうございました。次回のご注文を心よりお待ちしております。

歯科医院様向け感染防止ポリ袋は、豊ファインパック株式会社が製造販売いたしております。

豊ファインパック株式会社 福井県越前市家久町31-11-2 電話0778-23-7733