

◆ トナーカートリッジ FAX注文・見積依頼書 ◆



サーパスオフィス 行

〒457-0031

名古屋市南区綱取通4-1 第1田口ビル5F

Tel 052-829-6465 Fax 052-829-6466

ご 注 文 日 平 成 年 月 日

御社名			
ご住所	〒		
Tel		Fax	
部 署		ご担当	

納入先が上記と異なる場合は下記にご記入ください。

御社名			
ご住所	〒		
Tel		Fax	
部 署		ご担当	

ご 依 頼 分			
プリンタ名またはカートリッジ名	種別	数量	ご依頼内容
	リサイクル・汎用(新品)・純正		ご注文・見積依頼
	リサイクル・汎用(新品)・純正		ご注文・見積依頼
	リサイクル・汎用(新品)・純正		ご注文・見積依頼

お 支 払 条 件		
<input type="checkbox"/> 銀行振り込み	<input type="checkbox"/> 郵便局振込み	<input type="checkbox"/> 商品代引き

※お振込み手数料は、お客様のご負担にてお願いいたします

使用済みカートリッジがありましたらご記入ください		
プリンタ名またはカートリッジ名	数量	備考

その他、ご意見・ご要望がございましたら ご記入ください

--

FAX 052-829-6466