

【Vscan1.2 トライアル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)	
医療法人名及び病院名		法人代表者様名	
(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(お申込者様と異なる際はご記入願います)

◆請求書送付先情報(お申込者様と異なる際はご記入願います)

◆ご使用目的

◆ご希望台数

台

◆ご希望レンタル期間

7日間 その他()

◆ゲルの有無

本 : 不要
※販売となります: ¥700/1本60g(税抜き)

◆ご希望納品、引取日

201 年 月 日 () ~ 201 年 月 日 ()
※在庫状況確認後、最短納品日をご連絡させて頂きます。
※一週間レンタルの引取日は、納品日の翌週同曜日となります。

1週間レンタル/1台

レンタル料 ¥12,000 + 往復運送料 ¥5,000 = 合計 ¥17,000 (税別価格)

1ヶ月レンタル/1台

レンタル料 ¥40,000 + 往復運送料 ¥5,000 = 合計 ¥45,000 (税別価格)

◆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)

レンタル品到着後、2~3日後に郵送にてご請求書発送致します。
銀行振込みの際、個人名ではなく、病院名での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 業務チーム
TEL:03-3473-6192 / FAX:03-3473-8521

(37087700)