

記入見本 買取申込書

ご記入日

西暦 2019 年 1 月 15 日

フリガナ ヨシダ タロウ

生年月日

お名前※ 吉田 太郎

西暦 2011 年 5 月 1 日

ご住所※

〒 541 - 0057

大阪府大阪市中央区北久宝寺町1-2-8

ご連絡先※

TEL

06-6271-8333

FAX

06-6271-1512

メールアドレス

info @ sic-m.net

ご希望の
連絡方法
※

- 電話 時間帯 10:00 ~ 16:00 頃希望 (営業時間 10:00 ~ 19:00)
- メール 買取査定お知らせ → 可否の返信 → 指定口座への振込
- FAX

身分証明書
※

- 運転免許証 健康保険証 パスポート
- マイナンバーカード・住民カード(写真付き)

初めてお取引の方は、上記のいずれか1つのコピーを1枚添付の上ご送付ください。

お支払い方法
※

金融機関振込

ゆうちょ振込

銀行

三井住友

銀行
金庫
組合

通帳記号

支店名

梅田

支店
本店
出張所

通帳番号

口座種別

口座番号

- 普通
- 当座

4410106

フリガナ

ヨシダ タロウ

フリガナ

名義人

吉田 太郎

名義人

現金書留希望

現金書留でのお支払いには、別途手数料1,500円が発生いたします。
50万円までの取扱となります。

お急ぎ便

- 希望する。 希望しない。(精密査定3~4日)

買取希望の
お品物

歯科金属スクラップ

重量

歯科金属製品

個数

1

スクラップ

860g

未開封金パラ
GCキャストウエル

10個

2

郵送

次回買取セット

支払通知書

- 希望する 希望しない

- 希望する 希望しない

(ご要望などございましたらご記入ください。)

送付先

〒541-0057 大阪市中央区北久宝寺町1-2-8
株式会社SIC 歯科金属事業部
TEL:06-6271-8333 / FAX:06-6271-1512 / Email:info@sic-m.net

(送付内容には、「歯科材料」とご記入ください)

買取申込書		ご記入日			
		西暦	年	月	日
フリガナ		生年月日			
お名前※		西暦	年	月	日
ご住所※	〒 -				
ご連絡先※	TEL		FAX		
	メールアドレス	@			
ご希望の連絡方法※	<input type="checkbox"/> 電話	時間帯	～	頃希望 (営業時間 10:00 ~ 19:00)	
	<input type="checkbox"/> メール	買取査定お知らせ → 可否の返信 → 指定口座への振込			
	<input type="checkbox"/> FAX				
身分証明書※	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> パスポート		
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード・住民カード(写真付き)				
初めてお取引の方は、上記のいずれか1つのコピーを1枚添付の上ご送付ください。					
お支払い方法※	金融機関振込			ゆうちょ振込	
	銀行	銀行 金庫 組合		通帳記号	
	支店名	支店 本店 出張所		通帳番号	
	口座種別	口座番号			
	<input type="checkbox"/> 普通				
	<input type="checkbox"/> 当座				
	フリガナ				フリガナ
名義人				名義人	
	<input type="checkbox"/> 現金書留希望	現金書留でのお支払いには、別途手数料1,500円が発生いたします。50万円までの取扱となります。			
お急ぎ便	<input type="checkbox"/> 希望する。	<input type="checkbox"/> 希望しない。(精密査定3~4日)			
買取希望のお品物	歯科金属スクラップ		重量	歯科金属製品	個数
	1				
	2				
郵送	次回買取セット			支払通知書	
	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない		<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
(ご要望などございましたらご記入ください。)					
送付先	〒541-0057 大阪市中央区北久宝寺町1-2-8 株式会社SIC 歯科金属事業部 TEL:06-6271-8333 / FAX:06-6271-1512 / Email:info@sic-m.net (送付内容には、「歯科材料」とご記入ください)				