

ご紹介者名	クリニック名
-------	--------



太枠のみご記入下さい。

<https://www.usdentalexpress.com/>

お客様情報			
ふりがな		ふりがな	
お名前		医院名	
医院ご住所	〒 -		
医院電話番号		携帯番号	
メールアドレス		@	

商品名	通常価格	割引率	割引価格	数量	金額
OSSIX Plus 15x25mm	\$155.00				
OSSIX Plus 25x30mm	\$185.00				
OSSIX Plus 30x40mm	\$260.00				
OSSIX Bone 5x5x5mm	\$105.00				
OSSIX Bone 5x5x10mm	\$155.00				
OSSIX Bone 5x10x10mm	\$220.00				
OSSIX Volumax 10x12.5mm	\$120.00				
OSSIX Volumax 15x25mm	\$165.00				
OSSIX Volumax 10x40mm	\$195.00				
OSSIX Volumax 25x30mm	\$220.00				

※他商品は空欄に商品名、個数をご記入ください。
 ※4箱以上で輸入確認証の申請が必要となります(書類作成致します)。

送料	\$44.00
合計	

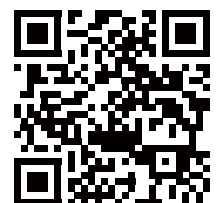
クレジットカード情報				
お名前		有効期限	月	年
カード番号				

※カードはVISA、Master、American Express、Discoverのみご使用できます



メール : ossix@usdentalexpress.com

お電話 : 080-3370-8148 (平日 9:00~18:00) ※日本語対応(梅田)



このご注文用紙でご注文の方は、こちらをスキャン、またはスマホなどで撮影し、上記のメールアドレスに添付して送付ください。またHP(右記QRコード)よりご注文の方はクーポンコードを入力し、ご購入ください。ご使用方法がわからない場合は「ホーム」の「クーポンコードのご利用方法」よりご覧になるか、上記までご連絡ください。