

FAX : 0267-31-6922

Sibe. Order Form

申込日 年 月 日

依頼主様	(ふりがな) 氏名	様	住所	〒 -	
	電話番号 (必ず記入下さい)			E-mail	
お届け先①	(ふりがな) 氏名	様	住所	〒 -	
	電話番号				
お届け先②	(ふりがな) 氏名	様	住所	〒 -	
	電話番号				
お届け日時 (宅配は右欄より時間帯を選択)	月 日 () AM ・ PM :		・午前中 ・16時～18時 ・12時～14時 ・18時～20時 ・14時～16時 ・20時～21時		
商品名①(生花・アートフラワー)	ご予算(配送料除く)	色合い・花の種類・大きさなどご記入下さい			
	円				
商品名②(生花・アートフラワー)	ご予算(配送料除く)				
	円				
メッセージ(代筆になります)		その他希望・通信欄			
お支払い方法 (税込価格を記入)	商品合計	配送料合計	総合計		
	()円	+ ()円	= ()円		
お支払い方法 (いずれかに○)	現金書留 ・ 銀行振り込み (お振込の際の手数料はお客様のご負担にてお願い申し上げます) [三井住友銀行 経堂支店(普)6574128 有限会社 薬(シベ)]				

<配送料> 関東近県1,050円(税込)。中国地方・北東北地方1,575円 九州地方・北海道2,100円
その他の地域はお問い合わせ下さい。生花は一部配達不可地域があります。

誤送防止のためFAX送付後折り返し確認の電話をさせていただいております。
FAX送付後24時間以内に連絡のない場合は再度ご連絡下さいます様お願い申し上げます。

特に記載の無い限り、価格には別途消費税5%がかかります。