ダビングサービス取次店 登録申込書

店名(屋号)(以下「甲」という)は、有限会社メディコム(以下「乙」という)が提供するダビングサービスの取引開始にあたり、下記の内容を理解の上、遵守し登録を申し込むものとする。

ご記入後、FAX またはメールにてご返送ください。

FAX:092-984-3630
info@medicom-info.net

お支払条件

・対象期間:毎月 1 日～末日(月末締め、翌月 10 日頃請求書送付)
・お支払日:翌月 25 日(金融機関休業日の場合は翌営業日)
・振込手数料は貴店にてご負担ください。

折込キャンペーン実施時の同意事項

・実施条件:チラシ費用は乙が負担するため、期間中の受注品は全て乙へ送付すること。
・違反対応:上記に違反した場合、甲はチラシ費用全額を支払うものとします。

ご記入日:西暦　　年　　月　　日

法人名 ※個人事業は不要			
店名(屋号) 【甲】			
店舗所在地	〒		
電話番号		代表者携帯	
FAX 番号		メールアドレス	
営業時間		定休日	
代表者氏名		生年月日	

請求先　※店舗と請求先が異なる場合のみご記入ください

請求先名称	
請求先住所	〒
電話番号	

取次店様向け公式 LINE にご登録ください！
料金表・よくある質問をいつでもご覧いただけます。
お問い合わせも LINE からお気軽にどうぞ。
右の QR コードを読み取って友だち追加

(乙)有限会社メディコム　代表取締役　長浜 広樹
〒814-0121 福岡市城南区神松寺 2 丁目 7-20 Kyo ビル 103 号
TEL:092-863-0134 ／ FAX:092-863-0192

営業部連絡先(本件や販促等に関して)　担当:山内(ヤマウチ)
携帯:090-3081-7302 ／ FAX:092-984-3630
Mail:info@medicom-info.net

取次店コード

※弊社記入