

りん
花の店 凜

胡蝶蘭用FAX申込送信票

本店 03-3795-1187

FAX: 東京医療センター店 03-3411-2287

受付日 月 日 ()

お届け日	年 月 日 ()		□お届け □ご来店
	時間指定 (:)		前後 まで

お届け先	お名前	
	〒 ご住所	
	TEL ()	

ご希望内容	□胡蝶蘭3本立 □胡蝶蘭5本立 □ミディ胡蝶蘭	
	お色 □白 □ピンク □その他	
	ご予算(税・送料別) _____ 円	
ご用途 _____		
お礼等ご希望がありましたらご記入ください。		

ご依頼主	お名前 _____ 様	
	〒 ご住所	
	TEL ()	

	ご担当者様	
	ご連絡先	

お支払方法	□銀行振込 三菱東京UFJ銀行 渋谷支店 普通預金 3721080 (有)凜	
	□クレジットカード (お支払いは一括払いのみとさせていただきます。)	

FAX到着後折り返しご連絡いたします。
※お届け日の一週間前までにご注文ください。(お急ぎの際は、店舗スタッフまでご連絡ください。)
※宅急便でお手配の場合は、お箱代として別途¥1,050がかかります。
ご了承頂けます様、お願い致します。
何かございましたらお気軽にお問い合わせください。