

ライフプラス 商品注文書



P.O.Box 3749
 Batesville, Arkansas 72503 USA
 ホームページ: <http://www.lifeplus.com>
 メール: orders-nz@lifeplus.com (ご注文)
service-nz@lifeplus.com (お問い合わせ)

月曜日～金曜日 午前5時30分から午後2時まで(日本時間)

無料電話 **005-3123-0026** (注文専用)
005-3123-0005 (お問い合わせ用)
 日本からのファックスでのご注文 & お問い合わせ
 東京 **03-4496-5312**
 大阪 **06-6537-1492**

注意: 東京都内・大阪市内は市内料金
 それ以外は市外料金がかかります

光電話等からは上記無料電話をご利用いただけません。公衆電話をご利用ください。また、ご自宅への電話サービスをご希望の際は、ニュージーランドへお名前、電話番号、お電話受け取りのご希望時間(ニュージーランド営業時間内のみ)をファックスやメールにてご連絡ください。注文や解約等を確実にする為に、メールの場合は返信メールの受け取りを確認、ファックスを送られた場合はお電話でご確認ください。ライフプラスのウェブサイトからピン番号及びエイサップの登録内容を変更することはできません。必ずニュージーランドまでご連絡ください。

注文選択

- 通常注文 (一度限りの注文方法。商品をお試しの際にご利用ください。商品・送料の割引はありません)
- エイサップの新規登録(自動継続) (毎月商品が発送され、送料(40IP以上)、特定商品に割引があります)
 翌月からのエイサップ製品の手配日は納品書の左下に記入されますので初回のご注文をお受け取りの際にご確認ください。
- エイサップの変更(2度目から商品の変更が可能です)
 * (チェック)が無い場合は通常注文になります

発送方法

- 宅急便 (UPS 5日から1週間程度で到着) 郵便 (10日から3, 4週間程度で到着)
 * (チェック)が無い場合は郵便になります

ご注文者インフォメーション 必ずご記入下さい

| | | | | | |
|---------|-------|---------------------------|---------|---|---|
| 氏名 | ふりがな | ピンナンバー (初回は未記入) | ご注文日 | 月 | 日 |
| | | 紹介者のピンナンバー と、お名前(初回のみ) | 1169161 | | |
| 郵便番号 | 〒 | | | | |
| お住まいの住所 | ふりがな | | | | |
| | | | | | |
| 電話番号 | FAX番号 | E-メール | | | |

送り先が上の住所と異なる場合のみご記入下さい

| | | | | | |
|--------|------|------|-------|--|--|
| 氏名 | ふりがな | | | | |
| | | | | | |
| 郵便番号 | 〒 | 電話番号 | E-メール | | |
| 送り先の住所 | ふりがな | | | | |
| | | | | | |

| 個数 | 商品番号 | 商品名 | ポイント(IP) | 重量(oz) | 単価 | 合計 |
|----|------|-----|----------|--------|----|----|
| | | | | | | 0 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

商品合計額 ¥ 0

ポイント、重量、及び送料の記入は必要ありません。送料は宅配便と郵便では異なります。価格表でご確認ください。
 エイサップ解約: 継続で製品購入後、いつでも解約できます。ファクシミリ又はメールにてニュージーランドまでご連絡下さい。
 製品返品: 製品を受け取り、ニュージーランドまでご連絡下さい。製品の配達時に、受け取り拒否をされた場合は返金できません。

送料 ¥

合計 ¥ 0

クレジットカード

| | |
|--|----------------------|
| カード番号 | 有効期限(月/年) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> マスター <input type="checkbox"/> ビザ <input type="checkbox"/> JCB | |
| カード保持者名 | <input type="text"/> |

ライフプラス基金

ご協力いただける場合のみ、以下よりご希望に合うものを選び印をつけてください。寄付金はご注文のお会計の際に頂戴いたします。

100円 希望金額を指定 _____ 円

選択した方法で毎月ASAP(エイサップ)と同時に寄付することを希望します。

* This contribution is not deductible.

通信欄: