

買取申し込み用紙

太枠内の(※)は必須項目 (□)はチェックマークをご記入ください。

お客様情報

令和 年 月 日

※買取希望のお品物名			
	ご記入例)未開封金パラ GCキャストウェルM.C.10個 スクラップ 152、1g		
	注) スクラップの場合は重さまでご記入ください。		その他詳細は備考欄へ。
※お名前			
※住所	〒		
※メールアドレス	@		
※ご連絡先	電話番号 ()	-	FAX番号 () -
※ご連絡方法 (チェック)	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> メール	<input type="checkbox"/> FAX
※身分証明書 (チェック)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート		
	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳ネットワークカード(写真付き)		

※上記いずれか一つの書類のコピーをご添付のうえご送付ください(初回のみ)

※お振込み 金融機関	銀行名		支店名
	銀行・金庫・組合		支店・本店・出張所
	<input type="checkbox"/> 座種類	<input type="checkbox"/> 座番号	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	<input type="checkbox"/> 座名義(カタカナ)	
※現金書留	<input type="checkbox"/> 希望する	注) お買い取り金額50万までご対応可能です。 手数料等の詳細はお問い合わせください。	

送付先	〒802-0071 福岡県北九州市小倉北区黄金町1-1-11 福永ビル1F ※九州福岡金パラ買取センター ※歯科スクラップ買取センター(どちらでもOK) TEL : 093-383-5415 / FAX : 093-982-8286 / E-Mail : info@kinpalla.net
-----	---

※送付内容は、金パラ、歯科用合金スクラップともに「歯科材料」とご記入ください。

備考欄

次回宅配キット希望の方	有り	無し
有り・無しに○して下さい		