

# 株式会社 amor 取引申請書

公式LINEのご登録はこちらから→



ご紹介サロン様	様	ご紹介者様お名前	様	SPO会員様ですか?	はい ・ いいえ
フリガナ					
*サロン様名	<input type="checkbox"/> 美容院 <input type="checkbox"/> 理容 <input type="checkbox"/> エステ <input type="checkbox"/> ネイル <input type="checkbox"/> まつエク <input type="checkbox"/> その他( )			TEL:	
				FAX:	
*代表者様フリガナ				フリガナ	
*代表者様名				担当者様名:	様 (役職)
*所在地	〒 -				
*取扱マップ登録	希望する ・ 希望しない	HP/URL:			
HPへの掲載希望(有無)	(お取扱の製品に✓を入れて頂きますようお願い致します。)				
	取扱製品: <input type="checkbox"/> レドキシング製品 <input type="checkbox"/> リラクトン <input type="checkbox"/> ハニ e <input type="checkbox"/> ジアプロ <input type="checkbox"/> インナーCL8 <input type="checkbox"/> マジカルマスク <input type="checkbox"/> マスターミネラル <input type="checkbox"/> 炭酸ジェル				
全スタッフ様人数				*定休日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝 <input type="checkbox"/> 不定休 <input type="checkbox"/> その他の定休日( )
*支店の有無	無 ・ 有	( 店舗 )	各支店のスタッフ様人数: 名		
取引条件	締日	毎月20日			
	支払日※1	● 当月末日までにお振込にてお手続き下さい。(恐れ入りますが、振込手数料は貴社にてご負担ください) ※月末過ぎてもご入金を確認できない場合、確認できるまで出荷停止となります。			
	請求書※2	<input type="checkbox"/> ご登録のサロンへ送付 送付時、オーナー様の氏名(有・無) <input type="checkbox"/> その他の送付先(宛名 ) (〒			
	条件	スタッフ様商品をご注文の際は、店販商品を一緒にご注文頂きますようお願い致します(スタッフ様分の利益は頂いておりません)			
	出荷※1	● 平日の12時迄にご注文頂くと翌営業日出荷となります。 (土・日・祝日はお休みを頂いております) ※緊急の場合はご相談下さいませ。 (例)木曜日12時以降のご注文は、金曜日受注の月曜日発送 金曜日の12時以降のご注文は、翌営業日の月曜日受注の火曜日発送 となります。			
	送料	●北海道:送料は一律で1,650円(税込)頂きます。 店販商品を税抜で50,000円以上のご注文で送料無料になります。 ●青森県・秋田県・岩手県・宮城県・山形県・福島県:送料は一律1,320円(税込)頂きます。 店販商品を税抜で30,000円以上のご注文で送料無料になります。 ※それ以外の地区一律880円(税込)、店販商品を仕入値(税抜)で16,000円以上のご注文で送料無料になります。			

- 1.メーカー希望小売価格での販売のご協力をお願い致します。
- 2.食品の取扱もあり, 安全性の観点から, 転売なさないようご協力下さいませ。
- 3.お客様都合による返品・交換はお受けいたしかねます。
- 4.景品表示法(薬機法)違反になる文面を掲載した場合、掲載した側が処分の対象となりますのでご注意下さいませ。
- 5.貴社(または貴サロン)または弊社は、1週間前に予告することにより、理由なくいつでも本取引を終了することができそのことによって貴社(または貴サロン)または弊社に損害が発生したとしても、双方とも相手方に対して、損害の賠償を求めないことを約束します
- 6.弊社が仕入れる商品の量によっては、数量を制限しての販売になる事もありますので、予めご了承ください。

以上のことを遵守して販売していただき、この内容以外で問題が出てきた場合はお互いに誠意を持って協議解決するものとする。

以上の内容に(・同意する ・同意しない)

年 月 日

署名

印

株式会社 amor 宛  
 大阪府大阪市西区新町1-8-3  
 林四ツ橋ビル8階

TEL 06-6282-7542 FAX 06-6282-7543