제 품 주 문 서

(수신팩스 : 055-391-0779)

병원명 :　　전화:　　)　　-　　팩스:　　)　　-

제 품 명 (홈페이지의 제품명을 정확히 입력해주세요)	수 량	기 타 (명판, 등)

* 배송 메시지 :

* 배송지 정보

주소 :　　전화번호 :

수신인:　　휴대폰 :

* 결 제 정 보

결제계좌 : 신한 110 - 245 - 834703 예금주 : 천정현 DVN약품엔건강
농협 302 - 0045 - 3916 - 21 예금주 : 천정현 DVN약품엔건강

입금인 성명 :

* 전화 주문시에도 위 형식으로 주문해 주시면 감사하겠습니다.*

닥터비타넷