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 : 하나은행 535-910012-01104 (주)디브이엔
농협 301-0199-7849-01 (주)디브이엔

입금인 성명 :

* 전화 주문시에도 위 형식으로 주문해 주시면 감사하겠습니다.*

닥터비타넷