

↑ **FAX:03-3277-1601** ↑

年 月 日

東邦アセチレン株式会社殿

取引承諾書

住 所 :

社 名 (店名) :

代表者名 (氏名) :

印

別添契約約款の定めにより、本商品を下記決済条件にて購入することを承諾します。

記

決済条件

お振込みによるお支払い (振込手数料負担)

- ・ 締 切 日 : 毎 月 _____ 締 め
- ・ 支 払 期 日 : 締 切 後 _____ 振 込
- ・ 振 込 名 義 (会 社 名 ・ 代 表 者 名 ・ そ の 他 (_____))

口座振替によるお支払い (口座振替手数料なし)

- ・ 締 切 日 : 毎 月 _____ 月 末 締 め
- ・ 振 替 日 : 締 切 後 _____ 翌 月 27 日 ※金融機関休業日の場合は翌営業日

取引開始にあたり、高圧ガス保安講習を受講し、製品安全データシート(MSDS)を受領しました。

以上