

日付

FAX送付先

03-5877-9238

株式会社One's Smile

オプションプランヒアリングシート

ご記入漏れの無いようお願いいたします。 * JCBとAMEXは要審査です。

パートナー番号:GA299

セールス担当名:大西裕樹

セールス担当TEL:050-3696-9396

Pプラン	提示手数料	VISA / MASTER (4.5) %	JCB (5.5) %	AMEX (5.5) %
	初期費用(税別)	0円(税別)		
	月額費用(税別)	0円(税別)		
	オプション	<input type="checkbox"/> カードリーダー購入: する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 専用プリンタ購入: する <input type="checkbox"/> しない		
	決済方法	<input type="checkbox"/> リンク決済 <input type="checkbox"/> メール決済 <input type="checkbox"/> 継続課金決済		
業種により決済方法が異なります。専用プリンタは一部のOSでは対応不可の場合もあります。				

フリガナ					
店舗名					
フリガナ	〒				
店舗住所					
店舗TEL		店舗FAX			
営業時間/休業日					
フリガナ		フリガナ			
法人名		代表者氏名			
法人住所	〒		TEL		
代表者住所	〒		日中連絡先		
代表者生年月日	西暦	年	月	日	利用OS Windows () その他 ()
E-mail					
お取引銀行		銀行			支店
フリガナ					
口座名義					
本件に関する担当氏名		TEL			
商材/サービス ※具体的に記入してください					
店舗年商(予想)				万円/年	
サービス単価	下限額: 円 ~ 上限価格: 円				
決済システム導入の有無	<input type="checkbox"/> 有	(社名: %)			<input type="checkbox"/> 無
月間カード売上額	(月間 万円) ※新規導入の場合は見込み金額				
書類郵送・連絡先	店舗	法人住所	自宅		
店舗URL					
(補足事項)					