

契約書(電子サイン)オプション 申込書兼注文書

No.

注文日 年 月 日

株式会社 ハイテックシステムズ 御中
(FAX:083-267-0005)

月額 ¥3,300 - (税込)

住所
名称
代表者名
電話番号

納入期限 別途お打合せ
支払条件 月額 : 利用開始日より月末締め、翌月末口座振替または銀行振込

別紙、概要説明書の内容に同意し、下記のとおり注文致します。

行	品名	種別	数量	単価	金額	税率
1	福祉用具トータル管理システム「ケアレンツ」					
2	契約書(電子サイン)オプション	月額	1.0	3,000	3,000	10%
3	以下余白					
4						
5						
月額合計(税抜き)					3,000	
消費税					300	
月額合計(税込み)					3,300	

備考欄

- ※ 契約書の書式変更・追加等が必要な場合は、別途見積もりが必要となります。
- ※ 契約書(電子サイン)オプションをご利用の場合は、クラウドサービスのご利用が必要となります。
- ※ オンプレの場合でも外出先からケアレンツが利用できる環境であればご利用が可能となります。
- ※ 見積書が必要な場合は別途ご依頼ください。

担当者	氏名		TEL	
	E-MAIL		FAX	

書式変更	不要 ・ 要
※ 弊社標準書式以外の書式をご利用される場合は、仕様確認のうえ別途御見積が必要となります。	

契約書(電子サイン)オプションサービス希望利用開始日
年 月 日～

<個人情報の取扱いについて>
お申込みいただいた氏名、電話番号等のお客様個人に関する情報(以下、個人情報といいます)につきましては、お客様へ契約書(電子サイン)オプションを提供する目的で利用させていただきます。お預かりした個人情報を第三者へ提供することはありません。当社に個人情報をご提供いただくことはお客様の任意ですが、個人情報を得られない場合にはお客様への連絡に支障をきたすことがありサービスのご提供その他のご要望にお応えできないことがありますのでご了承ください。
お客様は、当社に対してご自身の個人情報の開示等(利用目的の通知、開示、内容の訂正・追加・削除、利用の停止または消去、第三者への提供の停止)に関しましては、株式会社ハイテックシステムズ 個人情報問合せ窓口までお申し出下さい。
株式会社ハイテックシステムズの個人情報保護方針ならびに開示等につきましてはホームページをご覧ください。
お問合せ先(個人情報保護管理者) : 株式会社ハイテックシステムズ 企画開発部 副部長 (083-267-3128)