



Aroma Polti 定期購買ご契約書

ロイヤルサークル株式会社 東京都新宿区左門町 13-5 左門町バクスビル 7F

特別会員入会専用

太枠の中の項目についてご記入をお願いします。※必須事項

(金額は全て税込)

※ フリガナ				※法人のお客様は部署名・ご担当者名もご記入ください。
※ お名前(申込者)				
フリガナ			生年月日(西暦)	
			年	月 日
※ ご住所(申込者)	〒	—	性別 男性 ・ 女性	
※ 携帯電話番号	()	ご自宅・会社電話番号	()	
※ E-mailアドレス	@			

※ メールマガジン配信をご希望されない方はにチェックを入れてください。

フリガナ			
※ お届け先ご住所 (「ご住所」とお届け先が異なる場合のみご記入)	〒	—	お名前
※ 携帯電話番号	()	ご自宅・会社電話番号	()

〈お支払方法〉クレジットカード情報をご記入ください。 ※お支払いはクレジットカードのみになります。

※ 有効年月	_____ 月 / 20 _____ 年
※ カード番号	_____ - _____ - _____
※ カード名義人(ローマ字)	_____

〈特別会員特典〉入会金3,240円 ・初回出荷時のお支払いとなります。
・お申込時にお支払いをいただくことはございません。
入会金3,240円をお支払いいただくと、以下のご優待を受けることができます。

エスプレッソ コーヒーマシン 定価30,240円	レンタル 無料	カプセル1個 定価130円 (25%OFF)	97円	マシン及び カプセルの配送料	無料 (4セット以上 の場合)
--------------------------------	------------	------------------------------	-----	-------------------	-----------------------

定期購買は
〈カプセルご注文内容〉(カプセル1個:97円) 4セットから承ります

種類	4セット	_____ セット
Crema(クレマ)	_____	_____
Elisir(エリジール)	_____	_____
Sublime(サブライム)	_____	_____
Deca(デカ)	_____	_____
合計セット数	4セット(48個入り)	_____ セット(_____ 個入り)
ご注文金額	4,656円	_____ 円

〈初回お届け希望日・時間帯〉

年	月	日	曜日
午前中	12時~14時	14時~16時	16時~18時
	18時~20時	19時~21時	指定なし

●初回はComoエスプレッソマシンとカプセルを同時にお届け。●2回目以降はカプセルのみを、毎月ご指定日(初回お届け日から起算して毎月同日付。変更可)に定期配送。●弊社指定の宅配会社より配送。※お支払方法によって初回お届け日が多少前後する場合がございます。あらかじめご了承ください。

〈重要事項〉※ご一読のうえの中にチェックを入れてください。

- 配送は原則として毎月1回、ご指定日にお届けする自動配送となります。(配送回数の追加、カプセルの種類・個数およびお届け日等の変更や、本サービスの休止等につきましては次回出荷予定日の7日前までに弊社お客様サポートセンターまでご連絡ください)
- Comoエスプレッソコーヒーマシンの所有権は、弊社に帰属するものとし、また、第三者へのComoエスプレッソコーヒーマシンの譲渡・貸与は、これを禁止します。
- 弊社がお届け周期に基づき本商品を出荷したにも関わらず、ご不在等によりお引渡しが出来ず本商品が弊社に返送された場合、事務手数料として1,080円をお支払いいただきます。
- お客様が本サービスの「休止」を希望する場合、直近の出荷日を基準とし、以下に記載の日数の間、連続して本商品が配送されなかったときは、休止手数料として1台につき各事由が発生します。(1)60日間、60日経過時に864円の請求(2)90日間、90日経過時に864円の請求、(3)120日間、120日経過時に「強制解約」なお、解約日より30日以内に弊社においてComoエスプレッソコーヒーマシンの返却が確認されない場合には、Comoエスプレッソコーヒーマシン本体料として30,240円をお支払いいただきます。
- 本サービスの解約日時点で、配送基本ルールに従い配送が12回未満のお客様につきましては、Comoエスプレッソコーヒーマシン引取手数料として、5,400円をご負担いただきます。(ただしクーリングオフ適用の場合を除きます)。

※ 重要事項および裏面の利用規約の内容について承諾し、上記の通り申込を行います。また、記入内容の一時的な保存を目的とした本書面の複写行為について承諾します。(このお申込の内容は当社が申込承諾後契約の内容を明らかにした書面となります)

※ お申込み日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	お客様ご署名 _____
---------------------------------	--------------

備考

※ご本人確認書類:

営業担当者	開催店舗
代理店名	コード
(有)NSPドクター	
東京都台東区東上野 3-15-13 スエヒロビル 6F TEL 03-5807-0820	

●商品に関するお問い合わせ Aroma Poltiサポートセンター
E-mail comocs@entrex.co.jp お急ぎの場合はTEL 0120-813-321
(営業時間: 9:30~12:00/13:00~17:00 土日祝休み 年末年始を除く)

Facebook:アロマポルティ(Aroma Polti) <http://www.facebook.com/aromapolti.jp>

改訂日:平成27年3月18日
契約書ナンバー:0005

