

宅配買取依頼申込書

※印の項目は必須事項です。

年 月 日

ふりがな※		
氏名※	様	捺印 ※20歳未満の方は宅配買取を利用できません
生年月日※	年 月 日	
ご住所※	〒 - アパート・マンション 号室	
電話番号(携帯)※	()	FAX番号 ()
当店からのご連絡をさせていただいてよろしいお時間帯をご記入ください。 平日 土日祝 []時~[]時		
メールアドレス※ フリガナの記入もお願いいたします。 例O30I→おーさんぜろあい		
ご希望の連絡方法※	電話 ・ メール ・ FAX	はじめてのご利用 ・ 2回目以上のご利用
お振込先※	銀行 支店 普通 口座番号 当座	
	※身分証明書と同じ名義人の銀行口座へのお振込のみ対応させていただきます。 ※買取代金のお支払いは銀行振込のみの対応となりますのでご了承お願い申し上げます。	
口座名義人(カタカナ)※	様	
[リサオク]をどのように知りになりましたか※	<input type="checkbox"/> Yahooで検索 <input type="checkbox"/> Googleで検索 <input type="checkbox"/> インフォークで検索 <input type="checkbox"/> Beingで検索 <input type="checkbox"/> gooで検索 <input type="checkbox"/> Lycosで検索 <input type="checkbox"/> エキサイトで検索 <input type="checkbox"/> ライブドアで検索 <input type="checkbox"/> 広告で見た() <input type="checkbox"/> その他	

お送りいただくお品物でお見積もりに関するご要望やご不明な点などございましたらご自由に記載ください。

合計 点※


その他連絡事項などありましたら、ご記入ください

※写真入り身分証明書を必ず同封してください。

※ご記入頂きましたご住所、氏名等の個人情報は弊社が責任を持って管理するものとし、お客様へのご連絡やDM等の送付以外の目的で使用することはありません。

※20歳未満のお客様からの宅配買取サービスは行っておりませんので、予めご了承ください。

■商品送付先 不用品買取 リサオク
〒134-0081
東京都江戸川区北葛西2-5-28
株式会社キタザワ引越センター
リサイクル事業部

 /0120-76-4466
FAX /03-5667-7158

※電話受付時間は9:00~20:00となります。

