

銀座眼科ご紹介優待券

2008年9月30日までに手術を受けられた方有効

ご紹介者のお名前: _____ ※必ずご記入ください

ご紹介者の e-mail アドレス:
※携帯など確実にご連絡の取れるアドレスをご記入ください

ご紹介者のご住所
〒

ご紹介者のお電話番号:
※携帯など確実にご連絡の取れる番号をご記入ください

謝礼振込先

_____ 銀行 _____ 店

普通・当座 口座番号:

口座ご名義(カタカナで)

※郵便局口座は受け付けていません。
※必ず日本国内にあるご本人名義の個人口座(法人不可)をご記入ください。

被紹介者様のお名前
(手術を受ける方) _____

被紹介者様(手術を受ける方)の e-mail アドレス

_____ ※携帯など確実にご連絡の取れるアドレスをご記入ください

※ご記入に漏れや誤りがある場合、謝礼をお支払いできませんのでお気を付けください。
弊クリニック記入(この下には何もお書きにならないでください)

振り込み処理日: 年 月 日

処理者サイン: