

ご契約書（分割払い専用）

111-0000
東京都〇〇区■ ■

メディカル A子 さま

伝票番号 0101010010000000

発行日 20●●/●/●

メディカルペイメント株式会社
〒160-0023
東京都新宿区西新宿六丁目3番1号
新宿アイランドウイング7階
<https://www.medical-payment.co.jp/>

■お問い合わせ
ご契約内容：0120-801-479
お支払い：0120-595-986
営業日時 10:00～19:00（年末年始を除く）

カード名称 包括加盟店名称 店子加盟店名称 医療法人名称 ご利用内容	伝票番号下7桁が顧客番号
カード利用限度額	¥170,000
商品価格（①+②）	¥184,886
頭金 ①	¥14,886
カードのご利用代金 ②	¥170,000
お支払総額（お支払回数）	¥176,698（分割・12回払い）
お支払期間	契約締結後～12ヶ月
1回目分割支払金	¥14,734
2回目以降分割支払金	¥14,724

【紙の契約書で締結する場合】

私は、御社の会員規約（個人情報の取り扱いに関する同意条項を含む）に同意したうえで、左記のチェックボックスにチェックを入れることによって、契約内容を承認します。また、この場合には、私は、右下の契約年月日を記載します。

【電子契約で締結する場合】

私は、御社の会員規約（個人情報の取り扱いに関する同意条項を含む）に同意したうえで、契約書を確認「書類内容を承認」というボタンを押すことによって、契約内容を承認します。

■ 契約締結日

契約書のPDFにタイムスタンプとして付与されています。

■ 支払停止の抗弁

翌月一括払いを除き、商品の種類又は品質に関して契約の内容に適合しない場合や、役務の未提供などを理由に支払を止めることができる場合があります。

■ 会員規約



上記以外の事項については、左記の会員規約をご確認ください。

契約年月日 年 月 日