|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **圓夢計畫訂購單** | | | | | | | | |
| 配送點名稱: |  | | | | | | | |
| 聯絡人姓名: |  | | 電話: | |  | | 手機: |  |
| 住址: |  | | | | | | | |
| E-mail: |  | | | | | | | |
| **圓夢方案A/方案B**  (為期3個月~12個月)(每月每個配送點滿千免運) | | | | | | | | |
| 圓夢方案A | **A.□訂購每個月100元的圓夢餅乾**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 份 × \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 月**= **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 元** | | | | | | | |
| 圓夢方案B | **B.□訂購每個月200元的圓夢餅乾**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 份 × \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 月**= **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 元** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 開始配送月份 | | 年 月 | | 配送週期 | | 每月第 個週 | | |
| 付款方式 | | □來店付款 □超商繳款 □銀行臨櫃繳款 □ATM轉帳 | | | | | | |
| 發票類型 | | □發票(一張)□發票(個別) □捐贈予台中市聽障無障礙發展協會 | | | | | | |
| 統一編號 | | (若無則免填) 如有需要更正發票，請於七日內寄回，逾期恕不受理。 | | | | | | |

電話:04-22332525 傳真:04-22369055

地址:台中市北屯區北屯路210號B1 Mail: order@deaf.com.tw