

無料お試し規約 (prasp)(必ずご一読の上、お申し込みください) 2024年1月版

第1条【無料お試し契約の成立】

お客様は、本無料お試し規約を承諾の上、株式会社プラスプ(ヘルスリテ運営会社)に無料お試しの申し込みをするものとします。お客様からのお申し込み内容を当社が適切と認め当社がお客様に承諾の意思表示を行った時に、お客様と当社の契約が成立します。また利用をお断りした際の理由を説明する義務を当社は負わないものとします。

第2条【無料お試しお申込者の規定及びご本人確認】

お申し込みを頂ける方は18歳以上の働いている方または年金を受給している方とします。
ご本人確認のため運転免許証、パスポート、住民票のいずれか1点のコピーを添付ください。
(商品はこの身分証明書記載のご住所へ発送します。顔写真の部分は隠してコピーしても構いません)

第3条【無料お試し期間】

無料お試し期間は商品到着後、最長45日間とします。商品がお客様に納入された日から、弊社で定める返却日までの期間となります。尚、最長期間内で有れば延長も可能とします。

第4条【費用】

お試し料金にお客様の費用負担はありません。(一部地域のお客様には送料分をご負担いただく場合がございます)

第5条【商品の使用管理責任】

お客様は、善良なる管理者の注意義務をもって無料お試し商品の使用・管理を行うものとします。また、お客様は、商品本来の使用法に従ってこれを使用するものとします。これらに反した使用・管理により、お客様や第三者に損害が生じた場合には、お客様の責任においてこれを処理するものとし、当社は一切の責任を負わないものとします。

第6条【問題発生時のご対応】

下記については、必ずご連絡をお願いいたします。
・商品に構造上の欠陥、破損がある場合。(配達途上の取扱で問題が発生する場合がございます)
・商品の破損、滅失、盗難、紛失、使用者の住所、連絡先電話番号に急の変更があった場合。

第7条【商品の動作保証・故障・破損・滅失等】

当製品は配達前に動作確認を行い配達いたしますが、納品後動作が正常でない場合は代替品の納入を行います。お客様に責任がある事由により商品が故障・破損・滅失した場合は修理代金を頂きます。お客様に責任がある事由(盗難・火災を含む)により商品が滅失した場合は、損害賠償として約定損失金(「残存価値」相当額)を頂きます。

第8条【禁止事項】

お客様は、商品を第三者に譲渡、質入れ、転貸、占有、移転等の処分をしてはいけません。商品の改造、改装をしてはいけません。本体にシールなどの貼付、文字や図を書くことをしないでください。

第9条【契約のキャンセル】

お客様は契約成立後であっても費用負担なくいつでもキャンセルすることができます。

第10条【無料お試し商品及び商品の破損、紛失等に関する弁償最大残存価値】

電位治療器セレント 9000-New 294,800円(税込) / 酸素サーバー Hgタイプ :341000円(税込)
※紛失、破損の場合でも上記以上の弁償の必要はありません。

第11条【契約期間終了後の商品の返却】

契約期間満了日に送料着払いにて指定箇所へ配達いただきます。商品がお客様の責任がある事由により故障・破損・滅失等していた場合についての取り扱いにつきましては、第7条「商品の動作保証、故障・破損・滅失等」の項をお読みください。購入を希望の場合は、下記に入金・もしくはヘルスリテ(楽天・Yahoo!等含む)でご購入ください。

ご購入いただく場合 決済後に保証書を送付させていただきます:新品でない場合は新品を郵送します【振込手数料は弊社で負担致します】振込手数料を差し引いた金額をお振込みください。

■城南信用金庫(金融機関コード:1344) ■神田支店(021) ■普通口座:0329739 ■株式会社プラスプ

《無料お試し申込書》↑↑[FAX: 03-3518-9421]↑↑

申込日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

(ふりがな)

氏名: _____ 捺印

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳)

メールアドレス: _____ 携帯電話番号: _____

住所: 〒 _____ 固定電話番号: _____

↑身分証明書の住所のみ商品発送可能。 ↓チェック する箇所は計5箇所です。

- 本人確認の身分証明書(免許証・マイナンバーカードの両面、住民票のいずれか)コピーを添付します。
- 提出身分証明書の住所で使用し、「無料お試し規約(prasp)」を熟読し、了承致しました。
※ご確認いただき、上記 2箇所のチェックをお願いします

▶【電位治療器セレンテシリーズ】希望者

寝具についてと希望期間を教えてください(それぞれ付属品が異なります)

椅子・ソファで使用 ベッドで使用 布団で使用

※布団やベッドで使う方で、セミダブルサイズ以上を使用の場合は別途お伝えください。

ご希望期間 45日間 30日間 (延長可能) 15日間 (延長可能)

※延長希望は 電話(0120-880-864)orメール(muryou@health-lite.com)で

配達希望日: _____ 月 _____ 日 _____ 曜日(FAX送信日より5日後以降(目安)) _____ 時頃

※電位治療器のご経験の有無 電位治療器の無料体験会場などでの使用経験は？

1. はい、掛かったことがあります。 いいえ、全くの初めてです。
2. 1の質問で「はい」とご回答された方、その時の状況を記憶のある範囲でお答え下さい。

会社名: _____ 機械名: _____

掛かった回数: _____

改善したい症状等があればご記入ください

※必ず身分証明書のコピーと一緒にFAXしてください。