

ペット売買契約内容

| | | | |
|------|--|-------|--|
| 自社番号 | | 接客担当者 | |
| | | 店 | |
| | | 契約担当者 | |

| | | | | | |
|-----------|---------------|-----------|-------------|------|--|
| 種別 | | 区分 | (犬) (猫) | 毛色 | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | (男の子) (女の子) | 出産地 | |
| ワクチン接種 | (1回目) 月 日 | (2回目) 月 日 | (3回目) 月 日 | 特記事項 | |
| | 狂犬病ご予約予定日 月 日 | | | | |
| マイクロチップ番号 | | | | | |

| | |
|---------|---|
| 契約日 | 年 月 日(担当者) |
| 領収日1 | 年 月 日(担当者) |
| (販売・内金) | ¥ |
| | <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 振込 |
| 領収日2 | 年 月 日(担当者) |
| (販売・残金) | ¥ |
| | <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 振込 |
| 領収日3 | 年 月 日(担当者) |
| (販売・残金) | ¥ |
| | <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 振込 |

| | |
|-------------|--------------------------------------|
| 生体代金 | ¥ |
| ワクチン代金(回) | ¥ |
| メディカルチェック代金 | ¥ |
| 生命保障代金 | ¥ |
| 狂犬予防接種代 | ¥ |
| 送料 | ¥ |
| 消費税(%) | ¥ |
| 小計 | ¥ |
| 商品 | ゲージセット 必需品フル 消臭剤 キャリー ペットBOX お手入れ |
| 商品合計 | ¥ |
| 合計金額 | ¥ |

| | |
|----------|--|
| お引渡し日 | 年 月 日(担当者) |
| | <input type="checkbox"/> Coo&RIKU ()店 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> ()止め |
| 生命保障 | (1ヶ月) (3ヶ月) (6ヶ月) (12ヶ月) (24ヶ月) |
| 医療補償 | (ランク) (プラン) |
| ファイン会員 | (加入) 次回来院予約日 月 日 (未加入) |
| RIKUTAKU | (加入) 当日P P (未加入) |
| ポイントカード | (有) (無) No. |

● 本契約内容を理解し、甲に対し意義申し立てを行わないことに同意致します。

| | | | | |
|-----|------|-------------|---------|---------|
| 飼育者 | フリガナ | (印) | 性別 | (男) (女) |
| | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住所 | 〒 | 都道府県 | 電話番号 | () - |
| | | 市郡区町 | 携帯電話番号 | () - |
| | | マンション名・部屋番号 | メールアドレス | |

※ 乙記載の住所へ血統書を郵送いたします。転居された場合、飼育者が乙と異なる場合、飼育欄の記入をお願い致します。は必ず担当店、または本社事務所へご連絡下さい。住所は正確にご記入下さい。

| | | | |
|--------|--|----|--|
| 契約者(乙) | | 住所 | |
|--------|--|----|--|

● 動物販売時における重要事項説明に関する署名確認
私は、当該ペットの特性及び状態に関する情報についての説明を受け、動物販売時における重要事項説明書を受領したことを確認致します。

日付 年 月 日 署名

● 生命保障・医療保障未加入時の署名 ※6条、8条規定内対応了承 署名

● 本契約内容に偽りが無いことを約し、当該ペットの所有権を乙に譲渡致します。 複写確認 入力確認 集計確認