

ご自宅無料お試し規約 (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】

お申し込みいただける方は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。

※無料ご自宅お試しの商品は身分証明書記載のご住所へ発送します。(顔写真は、隠してコピーしても構いません)

第3条【費用】

お試し料金にお客様の費用負担はありません。(※沖縄県や離島のお客様には送料分をご負担いただく場合があります)

第4条【無料お試し期間・利用場所・契約のキャンセル】

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。最長期間内であれば延長も可能とします。また、利用場所は送付した住所に限定させていただきます。尚、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5条【禁止事項】

喫煙場所及びタバコを吸っている場所での機器の使用を禁止します(特に機器にタバコ臭がついた場合は買取していただくこととなります。ご注意ください)。商品の改造、改装、本体にシールなどの貼付、文字や図を書くことも禁止させていただきます。また商品第三者に譲渡、質入れ、転貸、占有、移転処分を禁止します。

第6条【商品の使用管理責任】

商品が配達(お客様の指示で置配も含む)された時点で、使用管理責任が発生します。お客様は善良なる管理者の注意義務をもって使用・管理を行うものとします。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。不適切な使用・管理により、お客様や第三者に損害が生じた場合には、当社は一切の責任を負わないものとします。特にタバコを吸う場所での利用で商品にタバコ臭が付着した場合は買取をお願いすることになります。

第7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は想定されるため)
- ・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8条【商品の動作保証・故障・破損・滅失等】

商品は配達前に動作確認を行い配達しています。しかし、納品後動作が正常でない場合は代替品の納入を速やかに実施します。商品が、お客様に責任がある事由(盗難・火災を含む)により故障・破損・滅失した場合は、その修理代金や損害賠償として約定損失金(残存価値の相当額)をお支払いいただきます。

※紛失、破損、タバコ環境での使用による買取の場合でも下記10条の金額以上の弁償必要はありません。

第9条【反社会的勢力に該当しないことの表明】

お客様が暴力団、暴力団関係企業、総会屋若しくはこれらに準ずる者又はその構成員ではないこと。また、反社会的勢力と密接な交友関係を持っておらず、自らの役員(業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者)が反社会的勢力ではないことを表明し、かつ将来にわたっても反社会的勢力に該当しないことを確約いたします。

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】

電位治療器セレンテ 9000-New 396,000円(税込) / 酸素サーバー Hg:547,800円 / HgSV:682,000円(税込)

第11条【契約期間終了後の商品の返却】

必ず契約満了日前に、お送りした段ボールに商品を梱包し、付属品も含め全て指定箇所に配達をお願い致します。

購入を希望の場合は、下記に入金してください。

ご購入いただく場合は基本、決済後に別途新品の送付。(お試し商品が新品の場合は保証書のみ送付)

■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

【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。

無料ご自宅 お試し《申込書》 ↑↑[FAX: **03-3518-9421**]↑↑

申込日: 2024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: _____
〒 _____ 固定電話番号: _____

住所: _____

↑ **身分証明書の住所にのみ商品発送可能。**

↓ にチェック する箇所は計**6**箇所です。

- ① 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。
② 「無料お試し規約(prasp)」を熟読し了承しました。また身分証明書の住所で使用します。

▶【**電位治療器セレンテ 9000-New**】 396,000円(税込)

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**) **下記いずれかにチェック**

- ③ 椅子・ソファー・布団(シングル)で使用、 6本までの足付きベッドで使用、 布団(ダブルサイズ)で使用
④ ご希望期間 45日間 30日間(最大45日まで延長可能)
※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 _____ 時頃 (群馬県前橋市の工場より「佐川急便」で送付)

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？

- ⑤ 1. はい、掛かったことがあります。 いいえ、全く初めてです。
2. 1の質問で「はい」とご回答された方、その時の状況を教えてください。
会社・機械名: _____ 掛かった回数: _____

▶【**高濃度酸素サーバー**】 Hg : 547,800円(税込) の**デモ機**(CFOC-F)のレンタル

- ⑥ 酸素サーバーの45日体験を同時に はい希望します。 いいえ、希望しません。

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**を一緒にFAX or 郵送してください。