

Test Form:

Billing Address

Name:	<input type="text"/>
Street:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
Phone:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>

Object Address

Name:	<input type="text"/>
Street:	<input type="text"/>
City:	<input type="text"/>
Phone:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>