

# 중앙대학교병원 후원 약정서

|                 |  |
|-----------------|--|
| 필수 기재사항         |  |
| 성명(기관명)         | ( <input type="checkbox"/> 비공개)  |
| 연락처(휴대폰)        |  |
| 주소              |  |
| 주민번호<br>(사업자번호) | ★ 후원금 영수증 발급 시 필요합니다.  |
| 후원분야            | <input type="checkbox"/> 병원 발전기부금 <input type="checkbox"/> 진료과 연구지정 (      )과                                    |
|                 | <input type="checkbox"/> 기타지정(      )<br>★ 지정 후원금의 15%는 병원 발전기금(모금 간접비)으로 사용됩니다.                                 |
| 후원금액            | (      )원  |
| 납부방법            | <input type="checkbox"/> 무통장입금      우리은행 : 1006-901-219809 (예금주 : 중앙대학교병원)<br>※ 송금인 란에 후원자 성명을 반드시 기재해 주시기 바랍니다. |
|                 | <input type="checkbox"/> 자동이체 (CMS)      은행명      예금주  |
|                 | <input type="checkbox"/> 급여공제      계좌번호      사원번호  |
| 납부기간            | <input type="checkbox"/> 일시불   |
|                 | <input type="checkbox"/> 분할 : 매월      납부일 : <input type="checkbox"/> 15일 <input type="checkbox"/> 30일            |
|                 | 참여기간 :      .      .      . ~      .      .      .   |
| 선택 기재사항         |  |
| 병원과의 관계         | <input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 교직원 <input type="checkbox"/> 학부모                            |
|                 | <input type="checkbox"/> 동문 및 재학생(      년 졸업) <input type="checkbox"/> 기타(      )                                |
| 이 메 일           | @  |
| 후원권유자           | 성명 :      소속 :      연락처 :  |

소중한 생명을 살리는 중앙대학교병원 발전기금 모금에 참여하고자 위와 같이 후원합니다.

2024 년      월      일

\* 후원인 :      (인)

## 중앙대학교병원 귀중

\* 위 사항을 작성하셔서 이메일, 팩스로 보내 주시면 직접 전화로 연락드립니다.

중앙대학교병원 발전후원회 Tel.(02)6299-1181~2 Fax.080-830-8275 E-mail.FD\_Shared@caumc.or.kr http://ch.cauhs.or.kr

# 개인정보 수집 안내사항

- ▶ 중앙대학교병원 발전후원팀은 고유식별정보(주민등록번호)를 법인세법 제24조 제1항에 따른 후원금 영수증 발급 및 공제혜택 적용 목적으로 수집, 이용하고 있습니다.  
고유식별정보 수집에 동의하십니까?

동의함

동의안함

- ▶ 중앙대학교병원 발전후원팀은 개인정보보호법 제15조, 24조에 따라 정보주체의 동의를 받은 후 발전기금 후원 약정서를 접수하고 있습니다. 개인정보의 수집 및 이용목적에 동의하십니까?

동의함

동의안함

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| ① 개인정보의 수집, 이용 목적             | 법인세법 제24조 제1항에 따른 후원금 영수증 발급 및 공제혜택 적용을 위해 사용됩니다.                             |
| ② 수집하려는 개인정보의 항목              | <b>필수항목</b><br>성명, 주소, 주민번호(사업자번호), 후원분야, 후원금액, 방법, 납부기간                      |
|                               | <b>선택항목</b><br>병원과의 관계, 후원권유자, 이메일  |
| ③ 개인정보의 보유 및 이용 기간            | 후원자의 자료 삭제 요청이 있을 때까지 개인정보를 보유합니다.  |
| ④ 동의 거부 권리 및 동의 거부에 따른 불이익 내용 | 정보 주체는 개인정보의 수집 . 이용목적에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부 시에는 후원자 예우 적용에 제약이 따를 수 있습니다. |

개인정보 수집 및 이용에 동의합니다.

성명 :

(날인/인)

중앙대학교병원 발전후원회

중앙대학교병원 발전후원회 Tel.(02)6299-1181~2 Fax.080-830-8275 E-mail.FD\_Shared@caumc.or.kr http://ch.cauhs.or.kr