부천성모병원 발전모금 후원 약정서

인적사항 (필수)	☐ 교직원 (소속기관 : 근무부서: 직위: 사번:) ☐ 환우 ☐ 가톨릭신자 ☐ 법인/단체 ☐ 개인 ☐ 동문 ☐ 기타( ) 중복체크가능			
	성 명 (단 체 명)	☐익명요청	생 년 월 일 (사업자등록번호)	

인적사항 (선택)	주소 (☐자택 ☐직장)			주민번호	-
	직장명		부 서		직 위	
	E-mail		일반전화		휴대폰	

약정금액	일금 _____ 원 정 (₩) 가톨릭대학교 부천성모병원 발전모금은 소득세법, 법인세법에 따라 법정기부금으로 소득공제 혜택을 받을 수 있습니다.

납부방법	☐현금	☐급여공제 (교직원)	☐ 분할납 : 20 년 월 일부터 월 ( )원씩 / 총( )회 ☐ 일시납 : 20 년 월 일
		☐무통장입금	☐ 분할납 : 20 년 월 일부터 월 ( )원씩 / 총( )회 ☐ 일시납 : 입금예정일 20 년 월 일
		☐자동이체	☐ 분할납 : 20 년 월 일부터 월( )원씩 /총( )회/납입일: 일 ☐ 일시납 : 입금예정일 20 년 월 일
		입금계좌 : 우리은행 1005-702-213401 (학)가톨릭대학교부천성모병원	
	☐현물		

상기 본인은 가톨릭대학교 부천성모병원 재창조사업의 성공을 기원하며 병원 발전을 위하여 상기와 같이 후원할 것을 약정합니다.

20 년 월 일 후원약정인 : _____ 서명

1. 개인정보의 수집·이용 목적 : 후원 약정금의 관리, 기부금 영수증 발행, 기부자관리 및 예우, 소식지 전달, 기타 후원 약정인에 대한 서비스 등
2. 수집하려는 개인정보의 항목 : 본 후원약정서에 기재된 필수/선택 정보
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간 : 개인정보의 보유 및 이용 기간은 상기 후원 약정 목적이 달성될 때 까지 이며, 선택정보 삭제 요청 시에는 지체 없이 처리하겠습니다. 단, 필수 사항은 영구 보관 합니다.
4. 동의 거부 시 불이익의 정도 : 후원약정인(정보주체)은 개인정보의 수집, 이용 목적에 대한 동의를 거부 할 수 있으며, 동의 거부 시 소득공제용 기부금 영수증 발행과 예우 혜택이 제한 될 수 있습니다.

☐ **고유식별 정보(주민번호)를 개인정보보호법에 따라 처리 하는 것에 ☐ 동의함 / ☐ 동의하지 않음**

☐ **개인 정보 수집 및 이용에 ☐ 동의함 / ☐ 동의하지 않음**

☐ 만14세 미만의 경우 연락처 : /관계 : 동의권자(법정대리인) : _____ 서명

가톨릭대학교 부천성모병원 발전모금후원회 사무국 032-340-2300~1, Fax 032-340-2303
경기도 부천시 원미구 소사로 327 (소사동) http://www.cmcbucheon.or.kr 대표전화 1577-0675(영靈육肉치治료療)

가톨릭대학교 부천성모병원 발전모금후원회 귀중