

(재)아산사회복지재단 서울아산병원 후원약정서

☐ 무기명 후원 희망 : 무기명 후원 시 기부금 영수증 발급이 불가능합니다.

성명(사업체명)		생년월일 (사업자번호)	
주 소			
전화번호		이메일	

<개인정보 수집 및 이용 동의서>

1. 개인정보 수집·이용 목적 (필수)

후원자님의 소중한 개인정보는 다음과 같은 목적으로 이용됩니다.

- 가. 기부금 영수증 발행
- 나. 감사서신 발송 및 후원 결과 보고
- 다. 개인 후원 현황 및 행사 안내

2. 수집하는 개인정보의 항목

성명, 생년월일, 주소, 전화번호, 이메일

3. 개인정보의 보유·이용기간

수집된 개인정보는 후원 종료 후 5년까지 보유합니다.

4. 동의 거부에 대한 사항

위 사항에 대하여 동의를 거부할 권리가 있으며 필수동의 항목을 거부할 경우 후원이 제한될 수 있습니다.

본인은 『개인정보 보호법』에 의거하여 개인정보 수집 및 이용에 동의합니다.

※ 건강정보의 제공 및 안내 (선택)

동의자 _____ (서명)

- 병원보 등 서울아산병원 출판물 발송

선택항목 수집 거부 시 불이익은 없습니다.

☐ 동의합니다. ☐ 동의하지 않습니다.

후원 용도(선택)		<input type="checkbox"/> 병원발전기금		<input type="checkbox"/> 교육기금	
		<input type="checkbox"/> 불우환자 지원기금		<input type="checkbox"/> 연구기금	
		세부 내용 (<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 지정 : _____)			
후원 방 법 (선택)	<input type="checkbox"/> 일시후원	입금자명	후원금액	원	
	<input type="checkbox"/> 정기후원	입금자명	월 후원금액	원	
		이체기간	년 월 ~ 년 월 (년 개월)		
후원 계좌		계좌번호 : 하나은행 253-890058-56905 (예금주: 아산사회복지재단) ※ 후원금은 관계 법령에 의거하여 세액공제 대상이 되며 입금 후 반환되지 않습니다.			
기타 요청사항				후원기여자	

위와 같이 (재)아산사회복지재단 서울아산병원에 후원을 약정합니다.

년 월 일

후원자 _____ (서명)



서울아산병원