(재)아산사회복지재단 서울아산병원
어린이병원 발전기금 후원약정서

□ **무기명 후원 희망 :** 무기명 후원시 기부금 영수증 발급이 불가능합니다.

성명(사업체명)		**생년월일(사업자번호)**	
주 소			
전 화 번 호		**이 메 일**	

<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.

동의자 (서명)

※ 건강정보의 제공 및 안내 (선택)

- 병원보 등 서울아산병원 출판물 발송

선택항목 수집 거부 시 불이익은 없습니다.

□ 동의합니다. □ 동의하지 않습니다.

후원 용도		**어린이병원 발전기금**
후원방법 (선택)	**일시후원**	후원금액 원
	정기후원	월 후원금액 원
		□ 급여 정액 공제 □ 자동이체 (직접 신청)
		: 공제기간 년 월 ~ 년 월 (□ 퇴사 시 까지)
후원 계좌		계좌번호 : **하나은행 153-916645-14637** (예금주 : **아산사회복지재단**) ※ 후원금은 관계 법령에 의거하여 세액공제 대상이 됩니다.
병원보 홍보 (해당월 신규후원자)		□ 동의 ( ) □ 미동의
기부자의 벽		□ 게시 ( ) □ 미게시
기타 요청사항		

위와 같이 (재)아산사회복지재단 서울아산병원에 후원을 약정합니다.

년 월 일

(서명)

서울아산병원 Asan Medical Center 어린이병원 Children's Hospital