



살아가면서 가장 서러운 일 중에 하나가 몸이 아픈 일입니다. 그런데 경제적인 이유로 치료를 받지 못한다면 정말 고통스러운 일이 아닐 수 없습니다.

한국의료지원재단은 치료비가 없어서 어려움을 겪는 아픈 저소득층의 의료비를 지원하고 있습니다.

아픈 이웃들에게 희망이 될 수 있도록 소중한 후원금을 보내주시면 철저하게 관리하고 투명하게 지원하겠습니다.
여러분의 따뜻한 관심과 손길을 기다립니다.

한국의료지원재단 이사장 **유승호** 드림

* 개인정보 수집 및 이용 동의

- 수집 및 이용 목적 : 후원자 권리, 후원금 인출, 기부금영수증 발급, 소식지 발송, 행사 안내
- 수집 항목 : 성명, 생년월일 또는 주민등록번호, 연락처, 이메일, 주소, 소속, CMS 자동이체 정보(예금주, 예금주 생년월일, 은행명, 계좌번호) 또는 신용카드 정보(카드명의자, 카드사, 카드번호, 유효기간)
- 보유 및 이용 기간 : 동의일로부터 회원 탈퇴일 이후 5년까지
- ☞ 귀하는 개인정보 제공에 거부할 권리가 있으며, 동의하지 않을 시 후원 신청이 불가합니다.

동의함 동의안함

* 개인정보 제3자 제공 동의

제공받는 곳	제공 목적	제공 항목	제공 기간
금융결제원 또는 나이스페이먼츠	후원금 결제	(CMS) 예금주, 예금주 생년월일, 출금은행, 계좌번호, 연락처 (카드) 카드명의자, 카드사, 카드번호, 유효기간, 연락처	동의일로부터 출금이체 해지일까지
휴먼소프트웨어	후원자 DB관리, 기부금영수증 발급	성명, 생년월일 또는 주민등록번호, 연락처, 이메일, 주소, 소속, 추천인, 후원금 결제 정보	동의일로부터 회원 탈퇴일 이후 5년까지
국세청	연말정산 간소화 서비스 등록	성명, 주민등록번호, 후원일자, 후원금액	국세청 소득공제 자료 제공 시까지

☞ 귀하는 개인정보를 제3자에게 제공하는 것을 거부할 권리가 있으며, 동의하지 않을 시 후원 신청이 불가합니다.

동의함 동의안함

후원자 정보

후원자명
또는 상호명 :

생년월일 또는
사업자등록번호 :

연락처 :

이메일 :

주소 :

소속 :

추천인 :

기부금영수증 발급 : 신청함 (주민등록번호)

-) 신청안함

* 기부금영수증은 후원자 본인 명의로만 발급 가능합니다.

후원 방법 (택1)

[자동이체(CMS)]

예금주 :

생년월일 :

계좌번호 :

출금은행 :

출금일 : 15일 25일

월후원금액 : 1만원 3만원 5만원 ()만원

[신용카드]

카드명의자 :

카드사 :

카드번호 :

유효기간 :

출금일 : 15일 25일

월후원금액 : 1만원 3만원 5만원 ()만원

본인은 한국의료지원재단의 정기후원으로 가입을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 :

(인/서명)

(신청인과 예금주가 다를 경우) 예금주 :

(인/서명)

후원 문의 전화 02)6212-2887 팩스 02)6212-9758 이메일 gibu@komaf12.org