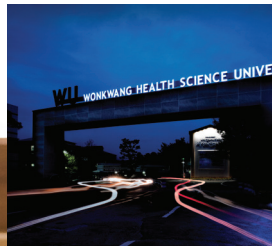


# 내일을 지켜주세요

원광보건대학교 내일후원



# 원광보건대학교 내일후원 참여신청서



원광보건대학교  
WONKWANG HEALTH SCIENCE UNIVERSITY

기부자 정보			
성명*	주민등록번호*		
법인(단체)명	사업자등록번호*		
본교 관계	<input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 산업체(기관) <input type="checkbox"/> 교직원 <input type="checkbox"/> 동문 <input type="checkbox"/> 학부모 <input type="checkbox"/> 재학생 <input type="checkbox"/> 기타 ( )		
기부금 영수증 발급신청*	<input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 개인사업자 <input type="checkbox"/> 법인		
연락처*	휴대전화:	전화(주택/직장):	팩스:
우편물 수령자*	<input type="checkbox"/> 주택 <input type="checkbox"/> 직장	E-mail	
주소*			

기금 약정 정보			
약정금액*	일금	원	<input type="checkbox"/> 기부내역 비공개 요청
기금용도*	<input type="checkbox"/> 원광보건대학교 발전기금(사용처 및 용도를 대학위임) <input type="checkbox"/> 원광보건사량장학(장학기금) <input type="checkbox"/> 기타 ( )		

현물	
기증(현물)	<input type="checkbox"/> 현물 일금 원 * 구입물품인 경우 구입가 전체, 제조물품인 경우 제조원가

입금방법	
납입방법	<input type="checkbox"/> 계좌이체 <input type="checkbox"/> 무통장입금 <input type="checkbox"/> CMS(자동이체) <input type="checkbox"/> 급여공제
납부기간	일시납부 (20    년    월    일) 분할납부 (20    년    월 ~    년    월) 매월:                    원씩 (    회)
급여공제(본교 교직원에게 한함)	<input type="checkbox"/> 재직기간 동안 월정액 기부
대학 발전기금	전북은행 610-13-0598936 (예금주: 원광보건대학교)
원광보건사량장학	전북은행 610-13-0598782 (예금주: 원광보건대학교)

월 납부방법		
은행:	계좌번호:	예금주:
자동이체 (CMS)	예금주 주민등록번호 앞 6자리(기부자 본인과 다를 경우에만 기재):	
자동이체일:	<input type="checkbox"/> 10일 / <input type="checkbox"/> 25일	

유치자 정보		
성명	소속	연락처

개인정보의 수집·이용·제공 동의서	
개인정보 수집 및 이용	<p>* 개인정보보호법 제15조, 24조에 따라 정보주체의 동의를 받은 후 약정서를 접수하고 있습니다.</p> <p>- 수집 및 이용목적: 기부금 영수증 발급, 기부자 예우 및 관리, 학교소식 및 캠페인 안내 용도</p> <p>- 수집 항목: (필수) 성명, 휴대전화, 주소, 약정정보, (CMS자동이체 선택시) 은행명, 계좌번호, 예금주, 자동이체일, 예금주 생년월일 (선택) 주민등록번호, 본교와의 관계, 직장명, E-mail, 주택 및 직장전화번호</p> <p>- 보유 및 이용기간: 기부자의 자료 삭제 요청이 있을 때까지 및 준영구</p> <p>- 동의 거부 권리 및 불이행 안내: 정보주체는 개인정보의 수집 및 이용목적에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부 시에는 기부 약정 신청이 일부 제한될 수 있으며 기부자 예우를 받음에 어려움이 있을 수 있습니다.</p> <p>개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까?(필수) <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p>
고유식별정보	기부금영수증 발급을 위한 고유식별정보(주민등록번호) 수집에 동의하십니까?(선택) <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
학교소식안내	학교소식 안내를 위하여 개인정보를 이용하는데 동의하십니까?(선택) <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
개인정보 제3자정보제공 동의	<p>1) 제공받는 자: 금융결제원</p> <p>2) 제공받는 자의 이용 목적: 기부자의 기부금 자동이체</p> <p>3) 제공하는 개인정보 항목: 이체일, 은행명, 계좌번호, 예금주명, 예금주 생년월일 <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p> <p>4) 제공받는 자의 보유이용 기간: 기부자의 기부금 자동이체 해지 후 5년</p> <p>5) 개인정보에 대해 수납업체가 제 3자에 제공하는 것을 거부할 수 있습니다. 단, 거부 시 자동이체 신청이 처리되지 않습니다.</p>

**내일을 지켜주세요**

위와 같이 원광보건대학교 내일후원 모금에 참여하고자 합니다.

20\_\_년\_\_월\_\_일

기부(약정)자 성명: \_\_\_\_\_ (서명)

**063♥840♥1588**

54538 전라북도 익산시 익산대로 514 원광보건대학교 대외협력처  
FAX 063 840 1580 E-mail fund@wu.ac.kr

원광보건대학교 총장 귀하