한림대학교성심병원 한림후원회 신청서

사랑을 실천하겠습니다!

한림대학교성심병원 한림후원회는 비영리단체로서 지역사회와 병원내 치료가 필요한 환자의 치료유지를 위해 의료비를 후원하고 있습니다. 사랑의 실천, 이웃을 위한 여러분의 관심에 감사드립니다.

1. **개인정보**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 성명 |  | 휴대전화 |  |
| 후원자료 수령 | □이메일 □우편 □필요 없음 | | |
| 주민등록번호 |  | | |
| 주소 |  | | |
| 이메일 |  | | |

\*주민등록번호 수집 근거 : 소득세법 시행규칙 서식 제45의 2 및 사회복지공동모금회법 제18조 2항(영수증발행조항)

\*개인정보는 후원관리 이외에 다른 목적으로 사용되지 않습니다.

\*누락된 정보는 후원자관리를 위해 기재사항을 통해 추가 사항을 요청드립니다.

1. **후원정보**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □정기후원 | 매월 일정금액을 정기적으로 후원하는 방법입니다. | | | | | |
| 후원방법 | □매월 1만원 □매월 2만원 □매월5만원 □기타(직접작성) 원 | | | | | |
| □자동이체 | 은행명 |  | 계좌번호 | |  |
| 예금주명 |  | 예금주 주민등록번호 | |  |
| 희망이체일 | □매월 5일 □매월15일 □매월25일 | | | |
| □신용카드 | 카드사 |  | 카드번호 |  | |
| 명의자명 |  | 유효기간 | 년 월 | |

\*본인은 상기 결제방식을 이용하여 월정기 후원금을 풀금(결제)하는게 동의하며 결제관련 이의가 있을시 한림대학교성심병원 한림후원회와 상호협의하에 조정하는 것에 동의합니다.

|  |  |
| --- | --- |
| □일시후원 | 원하는 금액을 자유롭게 후원하는 방법입니다. |
| 후원방법 | 후원금액 원 |
| 직접 입금 (입금 예정일: ) |
| 입금계좌번호: 우리은행 1005-901-745651(한림후원회) |

\*모든 후원금은 연말정산 시 사회복지공동모금회를 통해 소득공제 혜택을 받으실 수 있습니다.

위와 같이 한림대학교성심병원 한림후원회에 후원할 것을 신청합니다.

년 월 일

후원 신청자 성명 (인)

|  |
| --- |
| 「한림후원회 회원께 알려드립니다.」  •여러분의 소중한 후원금은 경제적 어려움으로 치료유지가 힘든 이웃들에게 사용됩니다.  •한림후원회 문의는 한림후원회 사무국(031-380-5995)으로 연락주시면 됩니다.  •[14068]경기도 안양시 동안구 관평로170번길 22 한림대학교성심병원 한림후원회 사무국(사회사업팀),  •http://hallym.hallym.or.kr |