

C M S 자 동 이 체 신 청 서

성 명		후 원 내 역	<input type="checkbox"/> ADMC1평 <input type="checkbox"/> 만사 <input type="checkbox"/> 천사 <input type="checkbox"/> 기타
주 소			
연 락 처	자 택	휴 대 폰	
이메일주소			
거 래 은행		계 좌 번호	
예 금 주 명		주 민 번호	-
이 체 일	<input type="checkbox"/> 5일 <input type="checkbox"/> 15일 <input type="checkbox"/> 25일	이 체 기간	20 년 월~20 년 월(회)
약 정 액	<input type="checkbox"/> 5만원 <input type="checkbox"/> 10만원 <input type="checkbox"/> 20만원 <input type="checkbox"/> 50만원 <input type="checkbox"/> 100만원 <input type="checkbox"/> 300만원 <input type="checkbox"/> 기타(원)		

[개인정보 수집 및 이용 동의]

- 수집 및 이용목적 : CMS 출금이체를 통한 요금수납
- 수집항목 : 성명, 연락처, 거래은행명, 계좌번호, 주민번호등
- 보유 및 이용기간 : 수집, 이용 동의일로부터 CMS 출금이체 종료일 까지

동의함

[개인정보 제3자 제공 동의]

- 개인정보를 제공받는 자 : 사단법인 금융결제원
- 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적 : CMS 출금이체 서비스 제공 및 출금동의 확인, 출금이체 신규등록 및 해지 사실 통지
- 제공하는 개인정보의 항목 : 성명, 연락처, 거래은행명, 계좌번호, 주민번호등
- 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간 : CMS 출금이체 서비스 제공 및 출금동의 확인 목적을 달성할 때까지

동의함

- * 법인은 주민번호란에 “사업자번호”를 기재하여 주시기 바랍니다.
- * 지정하신 출금일에 미출금시 10일 단위로 재출금 요청이 됩니다.

상기 금융거래정보의 제공 및 개인정보의 수집 및 이용, 제3자 제공에 동의하며 CMS 출금이체를 신청합니다.

년 월 일

신청인 : _____ (인 또는 서명)