

CMS 출금이체 신청서

수납기관 및 요금 종류

수납기관명	사단법인 대한구강보건협회		
대표자		사업자등록번호	104-82-05870
사업장주소	서울시 종로구 대학로 101 서울대학교 치과병원 B178	수납 요금종류	연회비

출금이체 신청 내용 (신청고객 기재란)

출금계좌 예금주명		예금주 생년월일 (사업자는 등록번호)	
금융기관명		출금계좌번호	
예금주 연락처		예금주 휴대전화	
신청인명		예금주와의 관계	
신청인 연락처		신청인 휴대번호	

※ 출금금액 3,300원 (신청계약의 내용에 따라 다를 수 있음) 출금일 매월 15일 (미납시 수시출금)

[개인(신용)정보 수집 및 이용 동의]

- 수집 및 이용목적 : CMS 출금이체를 통한 요금수납
 - 수집항목 : 성명, 전화번호, 휴대폰번호, 금융기관명, 계좌번호
 - 보유 및 이용기간 : 수집, 이용 동의일로부터 CMS 출금이체 종료일(해지일) 5년까지
 - 신청자는 개인(신용)정보 수집 및 이용을 거부할 권리가 있으며, 권리행사시 출금이체 신청이 거부될 수 있습니다.
- 동의함 동의안함

[개인(신용)정보 제3자 제공 동의]

- 개인(신용)정보를 제공받는 자 : 사단법인 금융결제원
 - 개인(신용)정보를 제공받는 자의 개인(신용)정보 이용 목적 : CMS 출금이체 서비스 제공 및 출금동의 확인, 출금이체 신규등록 및 해지 사실 통지
 - 제공하는 개인(신용)정보의 항목 : 성명, 금융기관명, 계좌번호, 생년월일, 전화번호, (은행 등 금융회사 및 이용기관 보유)휴대폰번호
 - 개인(신용)정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간 : CMS 출금이체 서비스 제공 및 출금동의 확인 목적을 달성할 때까지
 - 신청자는 개인(신용)정보에 대해 금융결제원에 제공하는 것을 거부할 권리가 있으며, 거부시 출금이체 신청이 거부될 수 있습니다.
- 동의함 동의안함

[출금이체 동의여부 및 해지사실 통지 안내]

은행 등 금융회사 및 금융결제원은 CMS 제도의 안정적 운영을 위하여 고객의 (은행 등 금융회사 및 이용기관 보유) 연락처 정보를 활용하여 문자메세지, 유선 등으로 고객의 출금이체 동의여부 및 해지사실을 통지할 수 있습니다.

상기 금융거래정보의 제공 및 개인(신용)정보의 수집 및 이용, 제3자 제공에 동의하며 CMS 출금이체를 신청합니다.

년 월 일

신청인 : _____ 인 또는 서명

(신청인과 예금주가 다를 경우) 예금주 : _____ 인 또는 서명

- 주) 1. 인감 또는 서명은 해당 예금계좌 사용인감 또는 서명을 날인하여야 합니다.
 2. 기존 신청내용을 변경하고자 하는 경우에는 먼저 해지신청을 하고 신규 작성을 하여야 합니다.
 3. 주계약자와 예금주가 다른 경우 반드시 예금주의 별도 서명을 받아야 합니다.