

# (사)한두레장애인자립생활협회 후원회원 가입(자동납부CMS) 신청서

(사)한두레장애인자립생활협회		
고창장애인자립생활지원센터	고창군교통약자이동지원센터	
권익옹호, 동료상담, 개인별자립지원, 탈시설 체험홈운영, 직장내 및 사회적 인식개선교육, 활동지원 및 가사간병서비스, 아동발달재활서비스	휠체어 탑승·리프트 장착 특장 차량 8대 운영 교통약자 이동권 보장을 위한 중증장애인 이용	
고창군장애인복지관	고창군장애인직업적응훈련시설	고창군장애인주간보호시설
상담사례, 기능향상지원, 장애인가족지원, 여성장애인복지증진, 평생교육지원, 재가장애인지원, 지역사회네트워크, 직업지원사업	직업재활 계획에 따라 재활기능기초훈련, 직업기초기능훈련, 일상생활훈련	일상생활 및 사회생활이 어려운 대상 낮시간동안 다양한 재활프로그램 제공

당신의 작은 정성이 장애인·비장애인 더불어 모두 행복한 삶을 살아가 수 있는 밝은 복지문화발전에 밑거름이 됩니다.

수납기관명	(사)한두레장애인자립생활협회	사업자등록번호	404-82-09572
대표자	정종구	수납요금종류	후원금
사업장주소	전북 고창군 고창읍 월곡공원2길 28 (월곡리) (사)한두레장애인자립생활협회		

성명 (단체명)			주민번호 (사업자번호)		
소속			전자우편		
휴대폰			전화번호		
주소					
참여동기	<input type="checkbox"/> 자발적 <input type="checkbox"/> 웹사이트 <input type="checkbox"/> 지역주민 <input type="checkbox"/> 추천 (추천인 :            )				
회비약정액	<input type="checkbox"/> 매월 5천원 <input type="checkbox"/> 매월 1만원 <input type="checkbox"/> 매월 2만원 <input type="checkbox"/> 매월 3만원 <input type="checkbox"/> 매월 5만원 <input type="checkbox"/> 기타 (                    원)				
자동납부 결재정보	계좌번호				
	은행명		예금주명		
출금일자	<input type="checkbox"/> 매월 10일 <input type="checkbox"/> 매월 20일 <input type="checkbox"/> 매월 30일				
본인(단체)은 (사)한두레장애인자립생활협회 후원회원 가입(자동납부CMS)을 신청합니다.					
년    월    일		신청인		(서명)	
<b>(사)한두레장애인자립생활협회장 귀하</b>			※ 연말 소득공제 기부금 영수증 발급		

※ 문의 사무국 || 전화 063)561-2337 팩스 063)920-2336

**(사)한두레장애인자립생활협회**  
**후원회원 가입(자동납부CMS) 신청 동의서**

**[개인정보 수집 및 이용 동의]**

- 수집 및 이용목적 : CMS 출금이체를 통한 요금 수납
- 수집항목 : 성명, 연락처, 예금주명, 예금주주민번호, 은행명, 계좌번호, 휴대폰번호
- 보유 및 이용기간 : 수집, 이용 동의일부터 CMS 출금이체 종료일(해지일) 후 5년까지
- 신청자는 개인정보 수집 및 이용을 거부할 권리가 있으며, 권리행사시 출금이체 신청이 거부될 수 있습니다.

동의함     동의안함

**[개인정보 제3자 제공 동의]**

- 개인정보를 제공받는 자 : 사단법인 금융결제원, 엔컴소프트(주)
- 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적 :  
CMS 출금이체 서비스 제공 및 출금동의 확인, 출금이체 신규등록 및 해지 사실 통지
- 제공하는 개인정보의 항목 :  
성명, 연락처, 예금주명, 주민번호, 금융기관명, 계좌번호, (금융회사및이용기관보유)휴대폰번호
- 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간 :  
CMS 출금이체 서비스 제공 및 출금동의 확인 목적을 달성할 때까지
- 신청자는 개인정보를 사단법인 금융결제원과 엔컴소프트(주)에 제공하는 것을 거부할 권리가 있으며, 거부시 출금이체 신청이 거부 될 수 있습니다.

동의함     동의안함

**[출금이체 동의여부 및 해지사실 통지 안내]**

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

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

년      월      일

신청인 : \_\_\_\_\_인 또는 서명

(신청인과 예금주가 다를 경우) 예금주 : \_\_\_\_\_인 또는 서명

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

주) 1. 주계약자와 예금주가 다른 경우 반드시 예금주의 별도 서명을 받아야 합니다.

**• 기부금영수증 신청여부**

신청(본인)    미신청    신청(영수증 발급을 본인이 아닌 타인으로 할 경우 아래 기재)

발급자 성명	발급자 주민번호
발급자 주소	