

동심 1·3·5 기부 약정서

○ 기부자 인적사항

성명	<input type="checkbox"/> 익명요청(모든 홍보물에 익명으로 표시)		
생년월일	년	월	일 (양 / 음)
연락처		휴대폰번호	
이메일			

○ 약정

약정액	<input type="checkbox"/> 1만원	<input type="checkbox"/> 3만원	<input type="checkbox"/> 5만원	<input type="checkbox"/> 기타 (월)		
약정기간	<input type="checkbox"/> 6개월	<input type="checkbox"/> 1년	<input type="checkbox"/> 2년	<input type="checkbox"/> 3년	<input type="checkbox"/> 무기한	<input type="checkbox"/> 그 외기간()
기부금 용도	<input type="checkbox"/> 동국대일산병원·일산한방병원 <input type="checkbox"/> 동국대경주병원·경주한의원 <input type="checkbox"/> 동국대분당한방병원					

○ 납부방법

본인 자동이체	월 정기납 : 매월 ()일	예금주 :	이체은행 :
무통장입금	입금자명 :		
급여공제	기관명 :	부서명 :	사번 : (※ 재직 교직원에 한함)

정보 동의	<input type="checkbox"/> 약정서에 기재된 개인정보와 기부금 납입사항은 개인정보보호법 제15조, 법인세법 제24조 제1항에 따른 기부금 영수증 발행과 기부자관리 용도로만 사용됩니다. <input type="checkbox"/> 고유식별정보(주민등록번호) 수집에 동의하십니까? (수집목적 : 기부금 영수증 발행 / 보유기간 5년)
----------	--

위와 같이 기부(약정)합니다.

20 년 월 일

기부(약정)인 : 서명(인)

동국대학교 의무부총장 겸 의료원장 귀하