효성 CMS 자동결제 신청서

금융기관 및 결제대행사(효성에프엠에스㈜) 제출용

◈ 수납업체 및 목적 (수납업체 기재란)

수 납 업 체	㈜비올메디컬	수 납 목 적	대금 결제
대 표 자	이은천	사업자등록번호	126-86-82517
주 소	경기도 성남시 분당구 판교로 744, C 동 8 층		

◈ 자동결제 신청내용 (신청고객 기재란)

(병원명 :)

신청정보	신 청 인		연 락 처	
	납 부 금 액	□ 고정금액 (원) □ 변동 (추가 계약내용에 따름)	납 부 일	매월 일
금융거래정보	은 행 명 (카드사명)		예 금 주	□ 신청인과 동일 /
	계 좌 번 호 (카드번호)		카드(계좌) 소 유 주 생 년 월 일	
	카 드 유 효 기 간		카드(계좌) 소 유 주 휴대전화번호	□ 신청인과 동일 /
개인정보 활용동의	개 인 정 보 수 집 및 이 용 동 의	◇ 개인정보 수집 및 이용 동의 ◇ ◆ 수집 및 이용목적 : 효성 CMS 자동결제를 통한 요금 수납 ◆ 수집항목 : 성명, 생년월일, 연락처, 은행명, 예금주명, 계좌번호, 예금주 휴대전화번호 ◆ 보유 및 이용기간 : 수집/이용 동의일부터 자동결제 종료일(해지일)까지 ◆ 신청자는 개인정보의 수집 및 이용을 거부할 수 있습니다. 단, 거부 시 자동결제 신청이 처리되지 않습니다. 동의함 □ 동의하지 않음 □		
	개 인 정 보 제 3 자 제 공 동 의	◇ 개인정보 제 3 자 제공 동의 ◇ ◆ 개인정보를 제공받는 자: 효성에프엠에스㈜, 금융기관(하단 신청가능은행 참조), ◆ 개인정보를 제공받는 자의 이용 목적: 자동결제서비스 제공 및 자동결제 동의 사실 통지 ◆ 제공하는 개인정보의 항목: 성명, 생년월일, 연락처, 은행명, 예금주명, 계좌번호, 예금주 휴대전화번호 ◆ 개인정보를 제공받는자의 개인정보 보유 및 이용기간: 동의일부터 자동결제의 종료일(해지일)까지. 단, 관계 법령에 의거 일정기간 동안 보관 ◆ 신청자는 개인정보에 대해 수납업체가 제 3 자에 제공하는 것을 거부할 수 있습니다. 단, 거부 시 자동결제 신청이 처리되지 않습니다 동의함 □ 동의하지 않음 □		

자동결제 동의여부 통지 안내 : 효성에프엠에스㈜ 및 금융기관은 안전한 서비스의 제공을 위하여 예금주 휴대전화번호로 자동결제 동의 사실을 SMS(또는 LMS)로 통지합니다.

신청인(예금주)은 신청정보, 금융거래정보 등 개인정보의 수집·이용 및 제 3 자 제공에 동의하며 상기와 같이 효성 CMS 자동결제를 신청합니다.

년 월 일

신청인(예금주) : (인) 또는 서명

신청가능은행: 산업, 기업, 국민, 수협, 농협, 우리, SC, 씨티, 아이엠뱅크, 부산, 광주, 제주, 전북, 경남, 새마을, 신협, 우체국, 하나, 신한, 유안타증권, 삼성증권, 케이뱅크, 카카오뱅크, 토스뱅크