



CMS 자동이체 신청서

동문 여러분의 작은 정성이 모여져 총동문회 발전의 밑거름이 됩니다

단체명	신일고등학교총동문회		기금목적	총동문회 소액후원금
신청인	(회)		휴대폰	
납부방법	약정일	<input type="checkbox"/> 5일 <input type="checkbox"/> 10일 <input type="checkbox"/> 15일 <input type="checkbox"/> 20일 <input type="checkbox"/> 25일 ※ 미지정시 25일에 출금, 미납 시 5일 단위 재청구됩니다.		
	후원금액	<input type="checkbox"/> 5,000원 <input type="checkbox"/> 10,000원 <input type="checkbox"/> 기타 (원)		
	후원기간	<input type="checkbox"/> 1년 <input type="checkbox"/> 2년 <input type="checkbox"/> 3년 <input type="checkbox"/> 기타 (년)		
	은행			
	계좌			
	예금주성명			
	예금주생년월일 (주민등록상 생년월일 6자리)			
<p>금융거래정보 제공 및 개인정보의 수집·이용, 개인정보 제 3자(결제기관) 제공을 동의하며 상기와 같이 출금이체거래를 신청합니다. 본 신청과 관련하여 본인은 금융거래정보를 출금이체를 신규 신청하는 때로부터 해지 신청할 때까지 상기 수납기관에 제공하는 것에 대하여 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」의 규정에 따라 동의합니다.</p> <p style="text-align: center;">20 년 월 일</p> <p style="text-align: right;">신청인 _____ (인 또는 서명)</p> <p style="text-align: right;">(신청인과 예금주가 다를 경우) 예금주 _____ (인 또는 서명)</p>				
※ 문의 : 신일고총동문회 02-588-8206 ※ 접수 : 팩스 02-588-8207 / 이메일 shinilobm@naver.com				

☺ 후원에 감사드립니다 ☺