CMS 출금이체 신청서

□ 수납기관 및 요금 종류

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 수납기관명 | 서울시립대학교총동창회 | | | | |
| 대표자 | 권 오 병 | 사업자등록번호 | 204-82-75486 | | |
| 사업장 주소 | 서울시 동대문구 서울시립대로163 대학본부6층 | | | 수납 요금 종류 | 회비 |

□ 출금이체 신청내용

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 출금계좌 예금주명 |  | 예금주 생년월일 | 주민등록상의 생년월일 |
| 금융기관명 |  | 출금계좌번호 |  |
| 예금주 연락처 |  | 예금주 휴대전화 |  |
| 신청인명 |  | 예금주와의 관계 |  |
| 신청인 연락처 |  | 신청인 휴대번호 |  |
| 납부금액 | 월 1만원( ) / 월 3만원( ) / 월 5만원( ) | | |

|  |
| --- |
| [개인정보 수집 및 이용 동의]   * 수집 및 이용목적 : CMS출금이체를 통한 요금수납 * 수집항목 : 성명, 전화번호, 휴대폰번호, 금융기관명, 계좌번호 * 보유 및 이용기간 : 수집, 이용 동의일로부터 CMS출금이체 종료일(해지일) 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 * 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적  : CMS 출금이체 서비스 제공 및 출금동의 확인, 출금이체 신규등록 및 해지사실 통지 * 제공하는 개인정보의 항목  : 성명, 금융기관명, 계좌번호, 생년월일, 전화번호, (은행 등 금융회사 및 이용기관 보유) 휴대폰번호 * 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간   : CMS 출금이체 서비스 제공 및 출금동의 확인 목적을 달성할 때까지   * 신청자는 개인정보에 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 개인정보의 수집 및 이용, 제 3자 제공에 동의하며 CMS 출금이체를 신청합니다.

**년 월 일**

**신청인:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_인 또는 서명

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