

CMS 출금이체 신청서

■ 수납기관 및 요금종류 (수납업체 기재란)

수납기관명	(사)대한영양사협회	사업자등록번호	118-82-00627
대 표 자	임경숙	수납 요금 종류	회비
사업자주소	서울특별시 영등포구 63로 40, 202호(여의도동)		

■ 출금이체 신청내용 (신청고객 기재란)

신청정보	신청인 명	예금주와의 관계			
	신청인 소속지부	신청인 영양사면허번호			
	신청인 연락처	신청인 휴대번호			
	신청인 근무처명 (미취업회원은 미기재)	신청인 이메일			
	신청인 주소	(취업회원은 근무처주소 / 미취업회원은 자택주소)			
	월 납부금액	기준회원	<input type="checkbox"/> 12,000원 (취업회원) <input type="checkbox"/> 10,000원 (미취업회원)		
		신규회원	최초 1년간	<input type="checkbox"/> 12,500원 (취업회원) <input type="checkbox"/> 10,500원 (미취업회원)	
			1년 이후	<input type="checkbox"/> 12,000원 (취업회원) <input type="checkbox"/> 10,000원 (미취업회원)	
	* 신규회원은 최초1년간의 금액과 1년이후의 금액 2개를 모두 체크				
출금개시일	기존회원 : 회원만료 월 납부일부터 신규회원 : CMS신청 당월 납부일부터				
납부일	<input type="checkbox"/> 매월 17일 <input type="checkbox"/> 매월 25일 (휴일시 금융기관 익영업일에 출금 / 미납시 다음달 10일, 다음달 납부일에 재출금)				
출금계좌 금융기관명	출금 계좌번호				
출금계좌 예금주명	예금주 생년월일 (사업자는 등록번호)		(주민등록상의 생년월일)		
예금주 연락처	예금주 휴대전화				

[개인정보 수집 및 이용 동의]

- 수집 및 이용목적 : CMS 출금이체를 통한 요금수납
- 수집항목 : 성명, 전화번호, 휴대폰번호, 이메일, 근무처명, 주소, 소속지부, 영양사면허번호, 금융기관명, 계좌번호, 예금주명, 예금주 생년월일, 예금주 연락처 및 휴대전화번호
- 보유 및 이용기간 : 수집, 이용 동의일로부터 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, 금융기관
- 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
: CMS 출금이체 서비스 제공 및 출금동의 확인, 출금이체 신규등록 및 해지 사실 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 신청정보, 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

- 주) 1. 인감 또는 서명은 해당 예금계좌 사용인감 또는 서명을 날인하여야 합니다.
2. 기존 신청내용을 변경하고자 하는 경우에는 먼저 해지신청을 하고 신규 작성을 하여야 합니다.
3. 주계약자와 예금주가 다른 경우 반드시 예금주의 별도 서명을 받아야 합니다.