

# 대자인병원 회원카드 신청서(기관용)

\* 주민등록번호는 뒷자리까지 모두 기재해야 합니다.

협약기관명		핸드폰번호	
이 름		주민등록번호	
자택주소			
직계가족일 경우 관계			

◎ 맞춤 진료와 건강검진을 도와 드리기 위해 귀하의 소중한 정보 부탁드립니다.

◎ 개인정보 수집 · 이용목적

본원은 귀하의 소중한 개인 정보를 아래의 목적으로 수집·이용 합니다.

1. 진단 및 치료를 위한 진료서비스 제공(협의진료에 필요한 개인정보 및 진료정보 공유)
2. 진료/검진 예약, 조회 및 진료를 위한 본인확인 절차에 사용
3. 진료비 계산서, 내역서, 제증명서 발송 및 약품/검진 물품 및 결과발송
4. 진료비 청구, 수납, 환불 등의 원무서비스
5. 의료법, 형법 등 관계법령에 근거한 정보 제공
6. 병원이용 안내 및 병원의 새로운 서비스, 행사정보 안내
7. 진료, 예약, 입원 건강검진 Mobile 안내
8. 검진 실시에 따른 사전/사후 서비스 관련 정보 제공
9. 협약기관에 대한 건강검진 카드발급에 관한 정보

◎ 개인정보수집항목 : 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처

◎ 환자정보 보유 및 이용기간

1. 의료법 및 기타 관련 법령기준에 따라 보유합니다.
2. 수집목적 또는 제공받는 목적이 달성된 경우에도 상법 등 기타 법령의 규정에 따라 보존할 필요성이 있는 경우에는 개인정보를 보유할 수 있습니다.
3. 이용기간은 본 협약기간과 동일시한다.

◎ 위의 내용은 진료예약 및 건강검진을 시행하는데 필요한 최소한의 정보에 해당합니다.

상기 내용에 대하여 본인이 동의하지 않을 수 있으나, 그러한 경우 협약기관에 대한 건강검진 카드발급이 이행되지 않음을 알려드립니다.

☐ 위의 내용을 충분히 인지하고, 「개인정보보호법」에 명기된 관련 법률에 의거하여 개인정보 이용에 동의합니다.

☐ 동의하지 않습니다.

서명일 20    년    월    일

신청자서명 \_\_\_\_\_ (서명)