

CMC 생명존중기금 후원 약정서

성명 (기관명)	
주민등록번호 (사업자번호)	
주 소	
연 락 처	
후원분야	<input type="checkbox"/> CMC에 위임 <input type="checkbox"/> 지정기금 _____
CMC와의 관계	<input type="checkbox"/> 의대 동문/재학생 <input type="checkbox"/> 간대 동문/재학생 <input type="checkbox"/> 의대 학부형 <input type="checkbox"/> 간대 학부형 <input type="checkbox"/> CMC 지원(개인기부자) <input type="checkbox"/> 교직원 <input type="checkbox"/> 기타(신자, 환우 등)

※ 임상과(센터)에 기부해주신 기금 중 10%는 해당 병원 발전기금으로 귀속·사용됩니다.

확인서명 : _____

금 액 : 일금	원(₩)
-----------------	--------------

- 납부방법 ☐ 일시불 / ☐ 분할납부(_____월부터 매월 _____원)
- 입금안내 ☐ 금 여 공 제 : 매월 급여일 / **교직원에 한함** (사원번호 _____)
☐ 무통장 입금 : 우리은행 1005-700-920886(예금주 : 가톨릭중앙의료원)

☐ 자동이체(CMS) : 매월 15일 이체

예 금 주 : _____ 은 행 명 : _____

계좌번호 : _____ 동의서명 : _____

※ CMC 생명존중기금은 소득세법 제 34 조 2 항, 법인세법 제 24 조 2 항에 따라 법정기부금으로 소정의 세제혜택을 받으실 수 있습니다. (단, 자선기금은 '지정기부금'으로 인정됩니다)

가톨릭대학교 가톨릭중앙의료원에서 펼치는 생명존중사업과 의료인 교육 및 연구 발전의
성공적인 추진을 위하여 위와 같이 출연할 것을 약정합니다.

20 년 월 일

약정인



[가톨릭중앙의료원 후원회사무국 발전기금팀]

서울시 서초구 반포대로 222 Tel. 02.2258.7991~6, Fax. 02.2258.7994, E-mail. cmcfund@catholic.ac.kr