사단법인 대한성형외과학회 기부신청서

**[기부자 인적사항]**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **성 명**  **(법인명)** |  | | | **주민등록번호**  **(사업자등록번호)** |  |
| **소 속** |  | | | | |
| **연락처** | 주소 |  | | | |
| 전화 |  | 휴대폰 |  | |
| 팩스 |  | E-mail |  | |

**[기부내용]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **기부방법**  **선 택** | | **일시납 ( ) / 분할납 ( ) / 현물납( )** | |
| **일반기부** | **일시납** | **약 정 액** : 金 원(￦ )  **기부예정일** : 년 월 일 | |
| **분할납**  **(월납)** | **약 정 총 액** : 원( ￦)  **매월 납부액** : 원( ￦)  **납 부 기 간** : 년 월 ~ 년 월 (총 개월) | |
| **현물납** | 내용 : | |
| **기부자**  **의 견** | | 기부정보 공개 | 공개( ) 비공개( ) 기타( ) |
| 기부동기  당부말씀  (기부조건) |  |

|  |
| --- |
| 본인(단체)은 사단법인 대한성형외과학회의 발전에 동참하고자 위와 같이 기부신청서를 제출합니다.  본 기부자와 사단법인 대한성형외과학회는 법률에서 정한 특수한 관계에 있지 않음을 확인합니다.  또한 본 기부금은 광고 선전비(광고비, 전시부스비, 홍보비 등)에 해당하지 않음을 서약합니다.  본 신청과 관련하여 본인은 해당 거래 정보를 출금이체를 신규 신청하는 때로부터 해지 신청할 때  까지 귀 사단법인에 제공하는 것에 대하여 “금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률”의 규정에 따라  동의합니다.  년 월 일  신청인[대표자] 성명: (서명)  **사단법인 대한성형외과학회 이사장 귀하** |
| *문의처: 사단법인 대한성형외과학회 T.(02)3472-4255 Fax.(02)3472-4254 e-mail. kaprs@kaprs.or.kr*  *서울시 마포구 마포대로 109, 롯데캐슬프레지던트 101-2003*  **입금처 : 하나은행 / 사단법인 대한성형외과학회 / 261-910039-75704** |

※ ｢기부정보 공개｣를 선택하지 않으신 경우‘공개’를 기본으로 합니다.

※ 모든 기부 내역은 본 사단법인에 영구히 보존, 관리됩니다.