■ 주차장 운영 내규 [별지 제5호서식]

주 차 요 금　환 불 신 청 서

성　명		차량번호	
전화번호		핸드폰	
승인 주차금액	금　　원		
환불 사유	1. 경차(50%) 2. 장애인(50%) 3. 국가유공자(보훈)(50%) 4. 두자녀(30%) 5. 세자녀 (50%) 6. 그 외 사유 :		
환불액	금　　원		
환불계좌	은행명	계좌번호	예금주

20　　년　　월　　일　　신청인:　　(인)

서울적십자병원장　귀하

〈개인정보 수집·이용·제공 동의〉

서울적십자병원은 주차요금 환불신청시 「개인정보보호법」에 의거하여, 아래와 같은 내용으로 개인 정보를 수집하고 있습니다. 아래 내용을 자세히 읽어 보시고, 모든 내용을 이해하신 후 동의 여부를 결정해 주시기 바랍니다.

□ 개인정보 수집.이용 내역

수집.이용 항목	수집.이용 목적	보유기간
성명, 차량번호, 연락처, 계좌정보	신청자의 요청(환불신청)에 의한 환불금액 송금	**1년**

※ 귀하는 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나, 동의를 거부할 경우 병원 내 서비스 제공이 불가능할 수 있음을 알려드립니다.
※ 개인정보 제공자가 동의한 내용 외에는 다른 목적으로 활용하지 않음을 알려드립니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?　□ 동의　□ 미동의