

전주병원·호성전주병원 회원카드 신청서

※주민등록번호는 뒷자리까지 모두 기재해주세요.

협약기관명	협약(기관)직원과의 관계	
성명	주민등록번호	본인 연락처
자택 주소		

- ✓ 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. 의료법, 형법 등 관계법령에 근거한 정보 제공
4. 병원이용 안내 및 병원의 서비스, 행사정보 안내
5. 진료, 예약, 입원, 건강검진 Mobile 안내
6. 검진 실시에 따른 사전/사후 서비스 관련 정보 제공
7. 협약기관에 대한 회원카드 발급에 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 개인 정보를 보유할 수 있습니다.
3. 이용기간은 본 협약기관과 동일시합니다.

- ✓ 위의 내용은 진료예약 및 건강검진을 시행하는데 필요한 최소한의 정보에 해당합니다.

상기내용에 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.

20 년 월 일

신청자 이름 _____ (서명)

만 14세 미만 아동일 경우 법정대리인 동의권자 (관계: _____) _____ (서명)

※ 신청서를 작성 후 0213smmm@naver.com 로 보내주시기 바랍니다 ※