

[붙임 3] 신청인이 환자 본인이 아닌 경우 작성

(신청인용) 락손필름코팅정150mg 환자 지원 프로그램 신청서 및 위임장 신청인 개인정보 수집·이용 및 제공 동의서

광동제약 주식회사(이하 "회사")는 락손필름코팅정150mg 처방 환자에 대해 약제비 환급 프로그램(이하 "본 사업")을 실시하고 있으며, 본 사업의 원활한 진행을 위해 신청인의 개인정보를 아래와 같이 처리하고자 합니다. 신청인께서는 하기 개인정보 수집·이용에 관한 동의내용을 읽으신 후 동의여부를 체크해 주시기 바랍니다.

성 명 (신청인)		연락처	
주 소			

1. 개인정보 수집·이용에 관한 동의

"회사"는 아래와 같이 "본 사업" 신청인의 개인정보를 수집 및 이용하고자 합니다. 내용을 확인하신 후 동의 여부를 체크해 주시기 바랍니다. 신청인께서는 아래와 같은 정보의 수집 및 이용에 동의하지 않으실 수 있습니다. 다만, 동의하지 않으실 경우 본 사업에 참여하실 수 없습니다.

정보의 종류	수집·이용 목적	수집·이용 항목	보유·이용 기간
개인정보	"본 사업" 신청인 확인 및 "본 사업" 운영	성명, 생년월일, 환자와의 관계, 주소, 전화번호, 은행계좌정보	품목허가 만료 후 10년

[필수]	위 개인정보의 수집 및 이용에	<input type="checkbox"/> 동의합니다. <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다.
-------------	------------------	--

상기 본인은 위의 사항을 확인하며 이에 동의합니다.

서명일	년	월	일
신청인		서명 또는 인	

[붙임 3] 신청인이 환자 본인이 아닌 경우 작성

위임장

구 분	성 명	생년월일	위임사유
위임인 (환자 본인)			<input type="checkbox"/> 환자 본인이 미성년자 <input type="checkbox"/> 개인사유 <input type="checkbox"/> 그 외 : _____

상기 위임인은 락손필름코팅정150mg 환자 지원 프로그램 관련 업무(환급금·지원금의 수금 포함)를 상기 수임인에게 위임합니다. 이에 따라, 락손필름코팅정150mg 약제비 환급금·지원금을 상기 수임인에게 지급하여 주시기 바랍니다.

붙임자료:

1. 위임인의 신분증 사본
 - (환자가 미성년인 경우, 주민등록번호가 기재된 가족관계증명서로 같음)
 - (위임인, 수임인의 신분증 사본은 주민등록번호 뒤 7자리 삭제 후 제출 요망)
2. 수임인의 신분증 사본 및 통장 사본
3. 가족관계증명서 등 증빙서류 (주민등록번호 뒤 7자리 삭제)
4. **[붙임 4]** 신청인의 개인정보 수집·이용 동의서
- 5.

서명일	년 월 일		
위임인(환자본인) 성명		서명 또는 인	
수임인(신청자) 성명		서명 또는 인	