진료비 오픈카드 서비스 신청서

■ 신청인 정보 (필수)

* 신청인과 신용카드 소유자가 다를 경우 신청 불가

신청인 성명		휴대폰	

■ 환자 정보 (필수)

환자 성명	생년월일	환자와 신청인과의 관계	등록번호(선택)

■ 신용카드 정보 (필수)

* 신청인과 신용카드 소유자가 다를 경우 신청 불가

신용카드사명	소유자 성명	신용카드 번호	카드 유효기간
결제 신청기간	신청일로부터	☐ 카드 유효기간까지 ☐	년 월 까지

■ 결제내역 알림

* 환자 본인의 휴대폰 / E-mail 만 수신 가능

문자/알림톡 수신여부(필수)	☐ 동의함 ☐ 동의 안 함 (* 동의한 경우 환자 본인의 휴대폰으로 결제 금액 정보가 발송됩니다. 동의 거부시 결제금액 정보를 제공받을 수 없으나 오픈카드 서비스를 이용하는 데에는 어떠한 불이익도 없습니다.)
영수증 E-mail 수령(선택)	☐ 신청 (E-mail:)

※ 오픈카드 서비스 관련 모든 안내사항(등록, 결제, 영수증 이메일 발송 등)은 환자 본인에게 안내됩니다.
결제 완료된 진료비 영수증 및 세부산정내역서는 삼성서울병원 홈페이지 및 모바일 앱에서 확인할 수 있습니다.
- 홈페이지: 암호화 PDF 다운로드 및 프린트 출력
- 모바일앱: 암호화 PDF 다운로드 및 이메일 발송

■ 개인정보 수집 · 이용 동의

구분	수집 항목	수집 목적	보유·이용 기간	동의/동의 안 함
필수	신청인 성명, 휴대폰 번호, 환자 성명, 생년월일, 환자와 신청인과의 관계, 신용카드사명, 소유자 성명, 신용카드번호 , 카드 유효기간	진료비 결제	서비스 해지 요청 시까지 ※전자상거래법에 따라 최종 결제일로부터 5년 후 파기	☐ 동의 ☐ 동의 안 함
선택	등록번호, E-mail	환자확인, 진료비 영수증 발송		☐ 동의 ☐ 동의 안 함

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.
[필수] 동의하지 않는 경우 오픈카드 서비스를 이용할 수 없으나, 진료 서비스를 제공받는 데는 불이익이 없습니다.
[선택] 동의하지 않는 경우 이메일로 영수증을 받으실 수 없습니다.

■ 오픈카드 서비스 신청

신청인 본인은 삼성서울병원의 진료과정에서 발생되는 진료비를 상기 기입한 신용카드로 지불하는 것에 동의합니다.

1. 외래 진료의 경우, 당일 발생된 모든 진료비(진찰료 ,검사료, 처치료 등)는 당일 또는 영업일 기준 익일 일시불 결제됩니다.
2. 원외 약 처방이 있는 경우, 무인수납기에서 반드시 처방전을 받아가시기 바랍니다.

상기 내용에 관하여 충분히 숙지하였으며, 오픈카드 서비스를 신청합니다 .

삼성서울병원장 귀하

신청일 : 20 년 월 일

신청인 : (서명)