진료비 오픈카드 서비스 신청서

■ 신청인 정보 (필수)

* 환자정보와 동일한 경우 작성 생략

신청인 성명		휴대폰	

■ 환자 정보 (필수)

* 본인 및 직계 가족만 신청 가능

환자성명	생년월일	신청인과의 관계	등록번호(선택)

■ 신용카드 정보 (필수)

* 신청인과 신용카드 소유자가 다를 경우 신청 불가

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

■ 결제내역 알림 (선택)

* 환자 본인의 휴대폰/E-mail만 수신 가능

문자/알림톡 수신여부	□ 동의함 □ 동의안함 (* 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	□ 신청 (E-mail:)

※ 오픈카드 서비스 관련 모든 안내사항(등록,결제,영수증 이메일 발송 등)은 환자 본인에게 안내됩니다.
영수증은 삼성서울병원 온라인 채널에서 언제든지 수령이 가능합니다.
- 홈페이지: 프린트 출력(http://www.samsunghospital.co.kr)
- 모바일앱: 이메일 발송

■ 개인정보 수집·이용 안내

1. 오픈카드 서비스 이용에 따른 개인정보 수집·이용 목적
 - 카드정보를 이용한 진료비 결제 승인 (필수)
 - 진료비 영수증의 이메일 발송 (선택)
 - 문자/알림톡 수신 동의 시 결제금액의 안내문자 또는 알림톡 발송 (선택)
2. 수집하는 개인정보의 항목 : 신청인 성명, 휴대폰, 환자 성명, 생년월일, 신청인과의 관계, 등록번호
 신용카드사명, 소유자 성명, 신용카드번호, 카드 유효기간
3. 개인정보의 보유·이용 기간 : **상기 결제 신청기간**
4. 필수항목 동의 거부에 따른 안내
 - 위 정보의 수집·이용에 동의하지 않는 경우 오픈카드 서비스를 이용할 수 없습니다.
 - 하지만 진료 서비스를 제공받는 데에는 어떠한 불이익도 없습니다.

개인정보의 수집 및 이용에 동의하십니까? □ **동의함**

■ 오픈카드 서비스 신청

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

1. 외래진료의 경우, 당일 발생된 모든 진료비(진찰료,검사료,처치료 등)가 당일 또는 영업일 기준 익일 일시불 결제됩니다.
2. 약 처방이 있는 경우, 무인수납기에서 반드시 처방전을 받아가셔야 합니다.

상기 내용에 관하여 충분히 숙지하였으며, 오픈카드 서비스를 신청합니다.

삼성서울병원장 귀하

신청일 : 20 년 월 일
신청인 : (서명)