

CMS 후원 자동이체 신청서

성명		후원내역	☐ 만사 ☐ ADMC 1평 ☐ 기타	
주소				
연락처		이메일주소		
거래은행		계좌번호		
예금주명		주민번호 (기부금 공제 시 기재)	-	
이체일	☐ 5일 ☐ 15일 ☐ 25일	이체기간	20년 월 ~ 20년 월(회)	
후원금액	☐ 1만원 ☐ 2만원 ☐ 5만원 ☐ 10만원 ☐ 20만원 ☐ 50만원 ☐ 기타(원)			

[개인정보제공동의]

개인정보(성명, 주민번호, 연락처, 주소) 및 금융거래정보(은행명, 계좌번호, 예금주명)를
 "하나호스피스재단 수원기독교호스피스회"에 제공하는 것에 동의합니다.

(기재해 주시는 정보는 CMS출금이체 서비스 제공 이외의 목적에는 사용되지 않습니다)

☐ 동의함

"하나호스피스재단 수원기독교호스피스회"에서 수집된 개인정보를 CMS출금이체를 위해
 (사)금융결제원에 제공하는 것에 동의합니다.

☐ 동의함

- 법인은 주민번호란에 "사업자번호"를 기재하여 주시기 바랍니다.
- 지정하신 출금일에 미출금시 10일 단위로 재출금 요청이 됩니다.

상기 금융거래정보의 제공 및 개인정보의 수집 및 이용, 제3자 제공에 동의하며
 CMS 출금이체를 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 : _____ (인)



간편후원
QR코드

수원기독호스피스 센터

입원형 · 가정형 호스피스 이용 안내

호스피스 완화의료 전문 의료진과 사회복지사,
목회자, 자원봉사자로 구성된 다학제팀이 전인적 돌봄을 제공합니다.

오시는 길

수원시 장안구
송정로 118번길 21

상담전화

031.8031.8068
031.254.6571

진료시간

평일 오전 9시~오후 5시
(토, 주일, 공휴일 휴진)



이용대상

현대 의학적인 방법으로
말기 암 진단을 받은 분



진료과목

호스피스 완화의료 · 가정방문형 호스피스
통증 의학 · 외과 · 내과 · 소아과



입원절차

1. 보호자 1차 전화 및 방문상담
· 진단서 및 의사소견서 1부 지참
2. 환우 입실 및 가정방문
· 건강보험증 지참



1개월 기준 본인 부담금

1. 건강보험 적용 시
· 80 ~ 90만 원(1일 3식 포함)
2. 의료 급여 적용 시
· 2만 원 내외(1일 3식 포함)