

지정기탁신청서(현금)

기부자 (명칭/성명)	한국건강안전보건공단 경인지역본부 직원인들	사업자등록번호 (주민등록번호)	137-82-00026
주소	인천광역시 서구 카경동 491번지		
대표자 성명 (※법인일 경우)	김 용 국	담당자/연락처	김정애 / (022) 570-7295
지정내용 (※사업내용 또는 주요 지정대상 등 기재)	희망배달본부 저소득층 의료비 지원사업		
지정대상 (※구체적인 대상자가 있을 경우 기재)	○ 대상자명(단체 또는 개인) : 희망배달본부 ○ 연락처 : 701-0900 ○ 담당자 : (※지정대상이 다수이거나 내용이 많을 경우 세부내용 별첨)		
기부금액	원금. 팔십구만육천 원 (₩ 896,000)		
입금 계좌	씨티은행 723-00002-242 (예금주사회복지공동모금회인천지회)	입금(예정)일	2011년 11월 15일
본사(본인)는 위와 같이 기부금을 지정기탁하고자 신청하며, 기부금의 집행잔액이 발생할 경우 귀회 회규가 정하고 있는 바에 따라 일반성금으로 전환하는 것에 대하여 동의합니다. 2011년 11 월 15 일 기부자(명칭/성명) 한국건강안전보건공단 (인) 경인지역본부장			
인천광역시사회복지공동모금회장 귀하			
☞안내사항 다음 중 하나에 해당되는 경우에는 사회복지공동모금회가 재지정을 요청할 수도 있습니다. ○ 지정대상 가운데 부적격자가 있는 경우 ○ 지정대상과 기부자가 특수 이해관계에 있는 경우 ○ 기타 지정내용이 사회복지공동모금회법과 회규에 위배되는 경우			

공동모금회 수신처 (전화)032-456-3313, (팩스) 032-456-3310

* 개인별 모금현황은 별도우편 송부 예정입니다.
 * 신청장소시 개인별 기부금 영수증 발급 요망.