

건강진단결과서(구 보건증) 발급 수수료(차액) 지원 사업 관련 위임장

1. 위임하는 자(위임자) 정보

성명(대표자)		업체명(법인명)	
주민등록번호 (법인등록번호)		사업자등록번호	
주소		휴대폰번호	

위임 사유 공동대표 미성년자 가족 대리 신청
 해당하는 사유에 타인 계좌 수령(본인 또는 법인계좌 수령 불가 시)
 "√" 표시 기타(사유 : _____)

2. 위임받는 자(수임자) 정보

성명		위임자와의 관계	<input type="checkbox"/> 가족 <input type="checkbox"/> 직원 <input type="checkbox"/> 기타(_____)
주민등록번호			
주소		휴대폰번호	

3. 위임내용

건강진단결과서(구 보건증)발급 수수료 (차액)지원 신청을 진행함에 있어, 해당 지원금 신청에 관한 모든 권한을 위임받는 자에게 위임할 것을 동의합니다.

_____년 _____월 _____일

위임하는 자(위임자) : _____ (서명 또는 인)

개인정보의 수집·이용에 관한 사항

수집 및 이용 목적	수 집 항 목	보유 및 이용기간
건강진단결과서 발급 수수료 지원	○ 본인 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호 , 업소 정보(업소명, 사업주 성명, 사업장 전화번호) ○ 대리인 : 성명, 전화번호, 주민등록번호, 주소, 위임자와의관계	해당정보제공 동의일로부터 5년

☞ 위 내용을 확인하고 동의하십니까? (동의 미동의)

_____년 _____월 _____일

위임 받는 자(수임자) : _____ (서명 또는 인)

※ '건강진단결과서 발급 수수료(차액)지원'과 관련하여 이해 당사자(공동대표자, 미성년자, 타인 계좌 수령자 등) 간 발생 가능한 모든 분쟁은 자체적으로 해결해야 하며, 자체 해결하지 못한 경우라도 서울특별시 강동구청장에게 **이의제기를 할 수 없음.**

서울특별시 강동구청장 귀하