(스마트CRM) 해지 신청서

상호(요양기관)명		사업자 번호	
대표자명		요청자	
연락처			
주소			
해지 일 (사용 종료일)	20 년 월 일		
해지 사유			
문자충전 잔액 환불 계좌	은행:	계좌번호:	예금주:
기타 요청 사항			

■ 유의사항

1. 스마트CRM에 기록하신 데이터는 해지 신청일을 기준으로 1개월 뒤에 완전히 삭제되기 때문에, 해지일 이전에 모두 백업 받으시기 바랍니다.
2. 데이터 백업은 스마트CRM 내에서 다운로드 기능을 통해 가능하오니, 고객센터로 문의하시면 상세히 안내 드리겠습니다.
3. 펜차트를 사용 중인 병원은 외장하드를 보내주시면 이미지를 모두 백업하여 택배 발송해 드리고 있습니다.
4. 문자 충전 잔액은 무료 충전 금액을 제외하고 전액 환불해 드리고 있으니, 상기 표에 계좌번호와 예금주를 정확히 작성해 주시기 바랍니다.

상기 유의사항을 충분히 숙지하였으며, 스마트CRM 사용 해지를 신청합니다.

202 년 월 일 **대표자 :** (서명 또는 인)

GC 메디아이

고객센터: 02-2105-5019 | 팩스: 02-858-7808