(스마트CRM) 데이터 삭제 요청서

요청일자	20 년 월 일		
병원명		사업자 등록번호	
주소			
대표원장	(서명 또는 인)	요청자명	
요청자 연락처			

상기 본인은 GC메디아이의 스마트CRM 프로그램에
본원이 입력한 데이터 중 아래 기입된 데이터의 삭제를 요청합니다.

종류	선택	삭제 요청 상세 내용
고객정보	☐	
예약	☐	
진료	☐	
상담	☐	
수납	☐	
특이사항	☐	
관심항목	☐	
문자발송내역	☐	
기타	☐	

GC 메디아이

고객센터: 02-2105-5019 | 팩스: 02-858-7808