

[붙임 4]

법정대리인(친권자) 확인서

1. 본인은 미성년자인 [미성년자 성명]의 법정대리인인 [관계기재 (예: 부/모)]로서 [미성년자 성명]의 법정대리인임을 확인합니다.
2. 본인은 주식회사 사노피-아벤티스를 대행하여 MMK 커뮤니케이션즈(주)가 진행하는 "듀피젠트® 약제비 일부 환급 · 지원 프로그램"의 내용을 모두 확인하고 숙지하였으며 충분히 이해하였음을 확인합니다.
3. 본인은 [미성년자 성명]이 허가사항에 맞춰 투여받은 듀피젠트 치료분에 대해 [미성년자 성명]을 대신하여 "듀피젠트® 약제비 일부 환급 · 지원 프로그램"을 통해 약제비를 일부 환급 또는 지원받는 것에 동의합니다.

(통장 사본 제출한 법정대리인에 한해 아래 정보 기재)

법정대리인

성 명:
주 소:
연 락 처:

붙임자료: 가족관계증명서 (주민등록번호 뒤 7자리 삭제 후 제출 요망)

_____ 년 _____ 월 _____ 일

법정대리인 _____ (자필서명)

주식회사 사노피-아벤티스 코리아 귀하

상기 법정대리인 확인서는 미성년인 환자를 대신하여 서류 제출 및 약제비 일부 환급 또는 지원을 받는 경우에 작성해주십시오.

위임장

1. 위임인 (환자 본인)

성함: _____
생년월일: _____
주소: _____
수임인과의 관계: _____

2. 수임인 (대리 수령인)

성함: _____
생년월일: _____
주소: _____

3. 상기 위임인 [환자 성함 기재]은 주식회사 사노피-아벤티스를 대행하여 MMK 커뮤니케이션즈(주)가 진행하는 "듀피젠트® 약제비 일부 환급 · 지원 프로그램"에 관한 다음 사항을 상기 수임인[대리인 성함 기재]에게 위임한다.

4. 위임 사항 (위임인께서는 수임인에게 위임하는 부분을 체크해주시시오)

- 1) 신청서 작성 및 제출
- 2) 듀피젠트® 약제비 일부 환급 · 지원 프로그램에 따라 일부 환급 또는 지원받는 약제비의 대리 수령

붙임자료: 약제비 수령을 위임한 경우, 수임인의 통장 사본

_____년 _____월 _____일

위임인 _____ (자필서명)

_____년 _____월 _____일

수임인 _____ (자필서명)

주식회사 사노피-아벤티스 코리아 귀하