**[붙임 1]**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **오니바이드 전액본인부담 환자 약제비 환급ㆍ지원 신청서** | | | | |
| **환자본인**  **일반사항** | 성 명 |  | 생년월일 |  |
| 치료병원 |  | 주치의 |  |
| 전화번호 |  | 휴 대 폰 |  |
| 주 소  (상세기입) |  | | |
| ◂**신청서 제출**  1) 수신처 : 한국 세르비에 오니바이드 약제비 지원 프로그램 담당자  2) 주 소 : 서울특별시 영등포구 여의대로 24 전경련회관 23층 (우07320)  3) 문의처 : 전화 : 02-3415-8560 / 이메일 : [rsa.korea@servier.com](mailto:rsa.korea@servier.com)  ◂**주의 및 참고사항**  1) 첨부서류는 하나도 빠짐없이 구비되어야만 접수가 완료됩니다.  2) 지급은 적정성 심사 후 특별한 사유가 없는 한 접수일을 기준으로 60일 이내에 완료됩니다.  3) 개인정보 과다노출 방지를 위해 신분증 사본, 가족관계 증명서 등 증빙 서류에 주민등록번호 뒤 7자리가 삭제되지 않은 경우는 문서가 즉시 파기 또는 반송되므로 처리가 되지 않습니다.  **본인은 위의 사항을 모두 이해하였고**  **본 신청서와 기타 제출 서류에 기재된 내용은 모두 사실임을 확인하며**  **오니바이드 약제비 환급**ㆍ**지원을 신청합니다.**  년 월 일  신청인 : (서명 또는 인)  **한국세르비에(주) 귀하** | | | | |