SUBJECT: 메디케어 의약품 보험 설문조사 알림
FROM: 메디케어 경험팀 <VENDOR EMAIL ADDRESS>

OPTIONAL: SURVEY VENDORS MAY INSERT HEALTH PLAN LOGO

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES
CENTER FOR MEDICARE

«LNAME» «FNAME» 님께,

며칠 전 저희는 귀하께 메디케어 의약품 보험 관련 경험을 묻는 이메일을 보내드렸습니다. **메디케어는 귀하의 의견을 중요하게 여긴다는 것을 다시 한번 알려드립니다.** 저희는 귀하가 받으신 서비스에 관하여 알고자 합니다.

귀하의 시간이 소중하다는 것을 이해합니다만, 설문조사에 답변하는 데는 몇 분밖에 걸리지 않습니다. 자발적으로 참여하실 수 있으며 귀하의 정보는 법적으로 보호됩니다.

설문조사로 가려면 이 링크를 클릭해주십시오: [PERSONALIZED LINK TO SURVEY WITH EMBEDDED PIN]

이 링크를 복사하여 웹 브라우저에 붙이셔도 됩니다.

설문조사에 관하여 질문이 있는 경우 [VENDOR EMAIL](으)로 이메일을 보내거나 수신자 부담 전화 [VENDOR TOLL-FREE NUMBER](으)로 전화하여 메디케어 협력 설문조사 기관에 문의하실 수 있습니다.

도와주셔서 감사합니다.

설문조사 한국어 버전을 받으려면 월~금요일 오전 XX 시~오후 XX 시[ET/CT/PT] 사이에 1-XXX-XXX-XXXX(수신자 부담)(으)로 전화해 주십시오.