M-Denta
DENTAL CLINIC

Согласие

на фотосъемку или видеосъёмку

Я, нижеподписавшийся _____

проживающий по адресу _____

паспорт серия _____ номер _____

выдан _____ дата _____

настоящим документом даю согласие ООО «Катрин» ПКФ, на использование своих изображений, в том числе отдельных фрагментов моего тела, моих фотографий (фрагментов), видеозаписей или произведений изобразительного искусства, в которых я изображен, в том числе сведений о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянием моего здоровья и диагнозе, иных сведений, полученных при моем медицинском обследовании и лечении (сведения составляющие врачебную тайну в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,) в рекламных, информационных и иных материалах, без выплаты мне вознаграждения.

Даю согласие на использование своих изображений (отдельных фрагментов моего тела), в том числе сведений о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянием моего здоровья и диагнозе, иных сведений, полученных при моем медицинском обследовании и лечении, в рекламных, информационных и иных материалах, размещаемых на наружных и внутренних стендах, в печатных изданиях, в сети интернет как на территории Российской Федерации, так и за рубежом.

Настоящее согласие дает право ООО «Катрин» ПКФ, обнародовать и в дальнейшем использовать мои изображения полностью или фрагментарно: воспроизводить, распространять путем продажи или иного отчуждения оригиналов изображений или их экземпляров, осуществлять публичный показ, импортировать оригиналы или экземпляры изображений в целях распространения, предоставлять оригиналы или экземпляры изображений, сообщать в эфир и по кабелю, перерабатывать, доводить до всеобщего сведения.

Изображения не могут быть использованы ООО «Катрин» ПКФ, способами, порочащими мою честь, достоинство и деловую репутацию.

Изображения могут быть использованы до дня отзыва настоящего согласия в письменной форме.

ФИО пациента _____ Дата _____

Подпись _____