

FORMULARZ ZGODY PACJENTA

Imię i nazwisko Pacjenta

nr telefonu komórkowego

adres e-mail

ZGODA NA REJESTROWANIE I ROZPOWSZECHNIANIE WIZERUNKU

Zezwalam na nieodpłatne rejestrowanie przez: _____,

mojego wizerunku w ramach materiałów wideo i/lub fotografii wykonanych przed, w trakcie oraz po udzielonych w _____ świadczeniach jak również wizerunku zarejestrowanego i pochodzącego z mojego archiwum prywatnego i udostępnionego _____ i rozpowszechnianie tych materiałów bez żadnych ograniczeń czasowych i terytorialnych w celach promocyjnych, marketingowych, informacyjnych i reklamowych związanych z prowadzoną przez _____ działalnością. Zezwolenie dotyczy mojego wizerunku umieszczonego na fotografii i/lub nagraniu wideo i obejmuje takie formy rozpowszechniania, jak udostępnienie na stronie internetowej, w mediach społecznościowych oraz zamieszczenie w materiałach promocyjnych i informacyjnych dotyczących _____ oraz ich dystrybucję. Zezwalam również na przetwarzanie mojego wizerunku poprzez kadrowanie i kompozycję oraz przechowywanie w dokumentacji medycznej egzemplarzy fotograficznych w wersji elektronicznej i papierowej oraz nagrań, na których utrwalono ten wizerunek.

Ponadto wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci mojego wizerunku w celu jego rejestrowania i rozpowszechniania.

Jednocześnie oświadczam, że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, zgoda została wyrażona przeze mnie dobrowolnie oraz zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o przysługującym mi prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

Data i podpis czytelny Pacjenta/opiekuna prawnego