

Estetická fotografie a video sdělení

Oprávnění k fotografii před/po zákroku a použití v marketingových materiálech

Informace o klientovi

Jméno *

Příjmení *

E-mailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

DD / MM / YYYY

Oprávnění k fotografii a videu

Toto oprávnění umožňuje klinice fotografovat a/nebo natáčet video před, během a po vašich procedurách. Tyto snímky mohou být použity pro účely vybrané níže.

Autorizuji použití mých fotografií/video pro následující účely: *

- ☐ Pouze dokumentace lékařské spisy
- ☐ Portfolio před a po (zobrazeno v klinice potenciálním pacientům)
- ☐ Webové stránky a účty sociálních médií kliniky
- ☐ Placená reklama a propagační materiály
- ☐ Edukační prezentace a školení
- ☐ Tisk, média a publikace

Preference anonymity fotografií *

- ☐ Lze zobrazit celou tvář
- ☐ Oči musí být zastíněny/začerneny
- ☐ Nesmí být zobrazeny žádné rozpoznatelné rysy obličeje

Podmínky a ustanovení

Podmínky tohoto sdělení:

- Chápu, že fotografie/video zůstanou vlastnictvím kliniky.
- Vzdávám se práva na kontrolu nebo schválení finálních snímků nebo kontextu jejich použití.
- Chápu, že nebudu mít nárok na žádnou finanční kompenzaci za použití mých snímků.
- Toto oprávnění mohu odvolat kdykoli písemným žádostí, ale odvolání se nebude vztahovat na již zveřejněné nebo distribuované snímky.
- Moje jméno nebude spojeno s publikovanými snímky, pokud neposkytnu samostatný písemný souhlas.
- Zbavuji se práva na nároky proti klinice, jejímu personálu a jakýmkoli spřízněným stranám vyplývajícím z použití mých fotografií/video podle popisu výše.

Přečetl/a jsem a rozumím podmínkám a ustanovením tohoto oprávnění k fotografii a videu.

Přečetl/a jsem a souhlasím s výše uvedenými podmínkami: _____

Souhlas a podpis

Dobrovolně autorizuji kliniku fotografovat a/nebo natáčet mě a používat takové snímky podle popisu v tomto oprávnění. Četl/a jsem tento dokument v celém rozsahu a rozumím jeho obsahu.

Potvrzuji, že jsem si přečetl/a a rozumím výše uvedeným informacím a daruji svůj informovaný souhlas.

Přečetl/a jsem a rozumím výše uvedeným informacím: _____

Podpis

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Datum *

DD / MM / YYYY

Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.