

Αισθητική Φωτογραφία & Κυκλοφορία Βίντεο

Εξουσιοδότηση για φωτογραφία πριν/μετά και χρήση σε υλικό μάρκετινγκ

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Εξουσιοδότηση Φωτογραφίας & Βίντεο

Αυτή η εξουσιοδότηση επιτρέπει στην κλινική να σας φωτογραφήσει και/ή να καταγράψει βίντεο πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την/τις θεραπεία/θεραπείες σας. Αυτές οι εικόνες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τους σκοπούς που επιλέχθηκαν παρακάτω.

Εξουσιοδοτώ τη χρήση των φωτογραφιών/βίντεό μου για τους ακόλουθους σκοπούς: *

- ☐ Μόνο τεκμηρίωση ιατρικού αρχείου
- ☐ Χαρτοφυλάκιο πριν και μετά (εμφανίζεται στην κλινική σε πιθανούς ασθενείς)
- ☐ Ιστοσελίδα και λογαριασμοί κοινωνικών μέσων της κλινικής
- ☐ Πληρωμένη διαφήμιση και προωθητικό υλικό
- ☐ Εκπαιδευτικές παρουσιάσεις και εκπαίδευση
- ☐ Τύπος, μέσα ενημέρωσης και δημοσιεύσεις

Προτίμηση Ανωνυμίας Φωτογραφίας *

- ☐ Μπορεί να φαίνεται το πλήρες πρόσωπο
- ☐ Τα μάτια πρέπει να είναι θολά/μαύρα
- ☐ Δεν μπορούν να εμφανιστούν αναγνωρίσιμα χαρακτηριστικά του προσώπου

Όροι & Προϋποθέσεις

Όροι αυτής της κυκλοφορίας:

1. Κατανοώ ότι οι φωτογραφίες/βίντεο θα παραμείνουν ιδιοκτησία της κλινικής.
2. Παραιτούμαι από οποιοδήποτε δικαίωμα να επιθεωρήσω ή να εγκρίνω τις τελικές εικόνες ή το πλαίσιο στο οποίο χρησιμοποιούνται.
3. Κατανοώ ότι δεν θα λάβω καμία οικονομική αποζημίωση για τη χρήση των εικόνων μου.
4. Μπορώ να ανακαλέσω αυτήν την εξουσιοδότηση ανά πάσα στιγμή υποβάλλοντας γραπτό αίτημα, αλλά η ανάκληση δεν θα ισχύει για εικόνες που έχουν ήδη δημοσιευθεί ή διανεμηθεί.
5. Το όνομά μου δεν θα συνδεθεί με δημοσιευμένες εικόνες εκτός αν παρέχω ξεχωριστή γραπτή συναίνεση.
6. Αποδεσμεύω την κλινική, το προσωπικό της και όλα τα συνδεόμενα μέρη από τυχόν αξιώσεις που προκύπτουν από τη χρήση των φωτογραφιών/βίντεό μου όπως περιγράφεται παραπάνω.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τους όρους και τις προϋποθέσεις αυτής της εξουσιοδότησης κυκλοφορίας φωτογραφίας και βίντεο.

Έχω διαβάσει και συμφωνώ με τους παραπάνω όρους: _____

Συναίνεση & Υπογραφή

Εξουσιοδοτώ ευχαρίστως την κλινική να με φωτογραφήσει και/ή να με καταγράψει σε βίντεο και να χρησιμοποιήσει τέτοιες εικόνες όπως περιγράφεται σε αυτήν την εξουσιοδότηση. Έχω διαβάσει αυτό το έγγραφο στο σύνολό του και κατανοώ το περιεχόμενό του.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω τη δική μου ενήμερη συναίνεση.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες: _____

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία *

HH / MM / EEEE

Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.