

सौंदर्य फोटो और वीडियो रलीज

उपचार से पहले/बाद में फोटोग्राफी के लिए प्राथमिकरण और वणिणन सामग्री में उपयोग

ग्राहक जानकारी

पहला नाम *

अंतमि नाम *

ईमेल पता *

फोन नंबर *

जन्म तारीख *

DD / MM / YYYY

फोटो और वीडियो प्राथमिकरण

यह प्राथमिकरण क्लिनिक को आपके उपचार से पहले, दौरान और बाद में आपके फोटोग्राफ और/या वीडियो रिकॉर्डिंग लेने की अनुमति देता है। ये छवियां नीचे चुने गए उद्देश्यों के लिए उपयोग की जा सकती हैं।

मैं अपनी फोटो/वीडियो को निम्नलिखित उद्देश्यों के लिए उपयोग करने की अनुमति देता हूँ: *

- ☐ केवल चिकित्सा रिकॉर्ड दस्तावेज़ीकरण
- ☐ पहले और बाद का पोर्टफोलियो (क्लिनिक में संभावित रोगियों को दिखाया जाता है)
- ☐ क्लिनिक की वेबसाइट और सोशल मीडिया खातों
- ☐ सशुल्क वजिजापन और प्रचारक सामग्री
- ☐ शैक्षणिक प्रस्तुतियों और प्रशिक्षण
- ☐ प्रेस, मीडिया और प्रकाशन

फोटो गोपनीयता वरीयता *

- ☐ पूरा चेहरा दिखाया जा सकता है
- ☐ आंखें अस्पष्ट/काली करनी चाहिए
- ☐ कोई पहचान योग्य चेहरे की विशेषता नहीं दिखाई जानी चाहिए

शर्तें और नयिम

इस रलीज की शर्तें:

- मैं समझता हूँ कि फोटोग्राफ/वीडियो क्लिनिक की संपत्ति रहेंगे।
- मैं तैयार छवियों या उनके उपयोग के संदर्भ का निरीक्षण या अनुमोदन करने के किसी भी अधिकार को छोड़ता हूँ।
- मैं समझता हूँ कि मुझे अपनी छवियों के उपयोग के लिए कोई वित्तीय मुआवजा नहीं मिलेगा।
- मैं लिखित अनुरोध प्रस्तुत करके किसी भी समय इस प्राथमिकरण को रद्द कर सकता हूँ, लेकिन रद्दीकरण पहले से प्रकाशित या वितरित छवियों पर लागू नहीं होगा।
- जब तक मैं अलग से लिखित सहमत प्रदान नहीं करता, तब तक मेरा नाम प्रकाशित छवियों के साथ जुड़ा नहीं होगा।
- मैं क्लिनिक, इसके कर्मचारियों और किसी भी संबद्ध पक्षों को उपरोक्त वर्णित तरीके से मेरी फोटोग्राफ/वीडियो के उपयोग से उत्पन्न किसी भी दावे से मुक्त करता हूँ।

मैंने फोटो और वीडियो रलीज प्राधिकरण की शर्तों और नयिमों को पढ़ा और समझा है।

मैंने ऊपर की शर्तें पढ़ी हैं और सहमत हूँ: _____

सहमत और हस्ताक्षर

मैं स्वेच्छा से क्लिनिक को मेरे फोटोग्राफ और/या रिकॉर्ड करने और इस रलीज में वर्णित तरीके से ऐसी छवियों का उपयोग करने के लिए प्राधिकृत करता हूँ। मैंने इस दस्तावेज़ को पूरी तरह पढ़ा है और इसकी सामग्री को समझता हूँ।

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने ऊपर की जानकारी पढ़ी और समझी है और मेरी सूचित सहमत देता हूँ।

मैंने ऊपर की जानकारी पढ़ी है और समझी है: _____

हस्ताक्षर

दिनांक

नाम लिखें

तारीख *

DD / MM / YYYY

यह फॉर्म Consentify द्वारा मुफ्त प्रदान किया गया था

Consentify इस जैसे फॉर्मों को डिजिटल सहमति में परिवर्तित करता है जसि आपके ग्राहक QR कोड द्वारा अपने फोन पर हस्ताक्षर करते हैं — स्वचालित PDF, प्रतसिंकेत ध्वज, और एन्क्रिप्टेड स्टोरेज के साथ। <https://getconsentify.com> पर नशिलुक योजना उपलब्ध है।

केवल टेम्पलेट। उपयोग से पहले अपने स्वयं के लाइसेंस प्राप्त पेशेवर या कानूनी सलाहकार के साथ समीक्षा करें; आवश्यकताएं क्षेत्राधिकार और अभ्यास के आधार पर भिन्न होती हैं।