

Zwolnienie z tytułu zdjęć i wideo estetycznych

Autoryzacja do fotografii przed/po zabiegu i użycia w materiałach marketingowych

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Autoryzacja fotografii i wideo

Niniejsza autoryzacja upoważnia klinikę do wykonywania fotografii i/lub nagrań wideo przed, podczas i po zabiegu(ach). Zdjęcia mogą być wykorzystywane w celach wybranych poniżej.

Upoważniam do wykorzystania moich zdjęć/wideo w następujących celach: *

- ☐ Tylko dokumentacja w historii medycznej
- ☐ Portfolio przed i po (pokazywane w klinice potencjalnym pacjentom)
- ☐ Strona internetowa i media społecznościowe kliniki
- ☐ Płatna reklama i materiały promocyjne
- ☐ Prezentacje edukacyjne i szkolenia
- ☐ Prasa, media i publikacje

Preferencja anonimowości zdjęć *

- ☐ Można pokazać całą twarz
- ☐ Oczy muszą być zaciemnione/zaczernione
- ☐ Nie mogą być pokazane rozpoznawalne cechy twarzy

Warunki i postanowienia

Warunki zwolnienia:

1. Rozumiem, że fotografie/wideo pozostają własnością kliniki.
2. Rezygnuję z prawa do przejrzenia lub zatwierdzenia gotowych zdjęć oraz kontekstu ich wykorzystania.
3. Rozumiem, że nie będę otrzymywać wynagrodzenia finansowego za wykorzystanie moich zdjęć.
4. Mogę w każdej chwili odwołać tę autoryzację, składając pisemny wniosek, jednak odwołanie nie będzie dotyczyć zdjęć już opublikowanych lub rozpowszechnionych.
5. Moje imię i nazwisko nie będą powiązane z opublikowanymi zdjęciami, chyba że wyrażę oddzielną pisemną zgodę.
6. Zwalniamy klinikę, jej pracowników i wszystkie strony powiązane z wszelkich roszczeń wynikających z wykorzystania moich fotografii/wideo w opisany powyżej sposób.

Przeczytałem i rozumiem warunki i postanowienia niniejszej autoryzacji zwolnienia z fotografii i wideo.

Przeczytałem i akceptuję warunki powyżej: _____

Zgoda i podpis

Dobrowolnie upoważniam klinikę do fotografowania i/lub nagrywania mnie oraz do wykorzystywania takich zdjęć w sposób opisany w niniejszym zwolnieniu. Przeczytałem ten dokument w całości i rozumiem jego treść.

Potwierdzam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje oraz daję świadomą zgodę.

Przeczytałem i rozumiem powyższe informacje: _____

Podpis

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twój klient podpisuje na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfrowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.