

Autorizare pentru fotografie și videoclip estetice

Autorizare pentru fotografia înainte/după și utilizare în materiale de marketing

Informații client

Prenume *

Nume de familie *

Adresa de e-mail *

Numărul de telefon *

Data nașterii *

ZZ / LL / AAAA

Autorizare fotografie și videoclip

Această autorizare permite clinicii să facă fotografii și/sau să înregistreze videoclipuri cu tine înainte, în timpul și după tratamentul(ele) tău. Aceste imagini pot fi utilizate pentru scopurile selectate mai jos.

Autorizez utilizarea fotografiilor/videoclipurilor mele pentru următoarele scopuri: *

- ☐ Doar documentarea dosarului medical
- ☐ Portofoliu înainte și după (afișat la clinică pentru potențialii pacienți)
- ☐ Site-ul clinicii și conturi de rețele sociale
- ☐ Publicitate plătită și materiale promoționale
- ☐ Prezentări educaționale și instruire
- ☐ Presă, media și publicații

Preferința de anonimitate a fotografiilor *

- ☐ Poate fi arătată fața completă
- ☐ Ochii trebuie obscurați/înnegreți
- ☐ Nu pot fi arătate caracteristici faciale identificabile

Termeni și condiții

Termenii acestei autorizări:

- Înțeleg că fotografiile/videoclipurile vor rămâne proprietatea clinicii.
- Renunț la orice drept de a inspecta sau aproba imaginile finale sau contextul în care sunt utilizate.
- Înțeleg că nu voi primi nicio compensație financiară pentru utilizarea imaginilor mele.
- Pot revoca această autorizare în orice moment prin trimiterea unei cereri scrise, dar revocarea nu se va aplica imaginilor deja publicate sau distribuite.
- Numele meu nu va fi asociat cu imaginile publicate, cu excepția cazului în care ofer consimțământ scris separat.
- Eliberez clinica, personalul acesteia și orice părți afiliate de orice reclamații care rezultă din utilizarea fotografiilor/videoclipurilor mele așa cum este descris mai sus.

Am citit și înțeleg termenii și condițiile acestei autorizări de eliberare a fotografiilor și videoclipurilor.

Am citit și sunt de acord cu termenii de mai sus: _____

Consimțământ și semnătură

Autorizez în mod voluntar clinica să mă fotografieze și/sau să mă înregistreze pe video și să utilizeze asemenea imagini așa cum este descris în această autorizare. Am citit acest document în întregime și înțeleg conținutul acestuia.

Confirm că am citit și am înțeles informațiile de mai sus și dau consimțământul meu informat.

Am citit și înțeleg informațiile de mai sus: _____

Semnătură

Data

Nume (tip)

Data *

ZZ / LL / AAAA

Acest formular a fost oferit gratuit de Consentify

Consentify transformă formulare ca aceasta în consimțământ digital pe care clienții tăi îl semnează pe propriul lor telefon prin cod QR — cu PDF-uri automate, flaguri de contraindicații și stocare criptată. Plan gratuit disponibil la <https://getconsentify.com>.

Doar șablon. Revizuiți cu propriul dvs. profesionist cu licență sau consilier juridic înainte de utilizare; cerințele variază în funcție de jurisdicție și de practică.