

Дозвіл на естетичну фотографію та відеозйомку

Дозвіл на фотографування до/після та використання в маркетингових матеріалах

Інформація про клієнта

Ім'я *

Прізвище *

Електронна пошта *

Номер телефону *

Дата народження *

ДД / ММ / РРРР

Дозвіл на фотографію та відеозйомку

Цей дозвіл дозволяє клініці фотографувати та/або записувати відеозйомку вас до, під час і після вашого(їх) лікування(ня). Ці зображення можуть використовуватися для цілей, вибраних нижче.

Я дозволяю використовувати мої фотографії/відео для таких цілей: *

- ☐ Тільки документація медичного запису
- ☐ Портфоліо до та після (показується в клініці потенційним пацієнтам)
- ☐ Веб-сайт та акаунти в соціальних мережах клініки
- ☐ Платна реклама та промаційні матеріали
- ☐ Навчальні презентації та підготовка
- ☐ Преса, ЗМІ та публікації

Переваги анонімності фотографій *

- ☐ Можна показувати повне обличчя
- ☐ Очі мають бути затьмарені/зачорнені
- ☐ Не можна показувати впізнавальні риси обличчя

Умови та положення

Умови цього дозволу:

1. Я розумію, що фотографії/відео залишаються власністю клініки.
2. Я відмовляюся від будь-якого права перевіряти або схвалювати готові зображення чи контекст їх використання.
3. Я розумію, що я не отримаю фінансову компенсацію за використання моїх зображень.
4. Я можу скасувати цей дозвіл у будь-який час, подавши письмовий запит, але скасування не застосовуватиметься до зображень, які вже опубліковані або розповсюджені.
5. Моє ім'я не буде пов'язане з опублікованими зображеннями, якщо я не надам окрему письмову згоду.
6. Я звільняю клініку, її персонал та будь-які пов'язані сторони від будь-яких претензій, що виникають з використання моїх фотографій/відео, як описано вище.

Я прочитав і розумію умови та положення цього дозволу на фотографію та відеозйомку.

Я прочитав і погоджуюся з умовами вище: _____

Згода та підпис

Я добровільно дозволяю клініці фотографувати та/або записувати мене на відео та використовувати такі зображення, як описано в цьому дозволі. Я прочитав цей документ повністю і розумію його зміст.

Я підтверджую, що прочитав і зрозумів інформацію вище та даю свою інформовану згоду.

Я прочитав і розумію інформацію вище: _____

Підпис

Дата

Друковане ім'я

Дата *

ДД / ММ / РРРР

Цю форму надала безплатно компанія Consentify

Consentify перетворює форми на кшталт цієї на цифрову згоду, яку ваші клієнти підписують на своєму телефоні через QR-код — з автоматичними PDF-файлами, прапорцями протипоказань та зашифрованим сховищем.

Безплатний план доступний на <https://getconsentify.com>.

Лише шаблон. Перед використанням перевірте з вашим лікарем, юристом або професійним консультантом; вимоги різняться залежно від юрисдикції та сфери діяльності.