

**Согласие пациента  
на проведение фото/видео съемки, использование и публикацию фото/видео изображений**

Я, нижеподписавшаяся (ийся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента полностью, паспортные данные, адрес регистрации)

Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии со ст.152.1. Гражданского Кодекса Российской Федерации, даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ИС-Клиник» (далее – Общество) и врачу-стоматологу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее – Врач) свое согласие на проведение фото/видео съемки как до проведения вмешательства, в момент проведения вмешательства, так и по окончании вмешательства, и на дальнейшее использование моих фото/видео изображений в рекламных и иных целях, а именно:

- использовать изображения полностью или фрагментарно для создания собственных полиграфический изделий, в том числе как иллюстрации к статьям;

- использовать во всех принадлежащих Обществу и Врачу интернет-ресурсах, включая, но не ограничиваясь – социальные сети, официальный сайт, канал youtube и т.д.;

- использовать в любых видах внутренней рекламы, включая использование фотографий и видеоизображений в помещениях клиники, принадлежащей Обществу.

Общество и Врач вправе самостоятельно определять сюжет съемки, контекста изображения, размер изображений, содержание комментариев, предисловий и послесловий, пояснений и продолжительность использования, способы редактирования.

Предварительного согласования со мной планируемых к использованию изображений и их количества не требуется. Общество и Врач вправе без моего согласия передавать права на мои изображения любым третьим лицам. Изображения не могут быть использованы способами, порочащими мою честь, достоинство и деловую репутацию.

Я подтверждаю, что настоящее согласие не может быть отозвано, так как за участие в съемке и использование моих фото/видео изображений Общество и Врач предоставляет мне частичное освобождение от оплаты оказываемых мне медицинских услуг, что согласно договоренности сторон, приравнивается к позированию за плату в соответствии с п.3 ч.1 ст.152.1 ГК РФ.

Мне в достаточной мере было предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения по вопросу подписания настоящего согласия.

Я предупрежден(а) о том, что настоящее согласие действует бессрочно.

Подписывая настоящее соглашение, я осознаю, что даю свое согласие на разглашение сведений, представляющих врачебной тайну, в связи с чем, обязуюсь не предъявлять к Обществу и Врачу соответствующих претензий и требований.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.