СОГЛАСИЕ

на использование фотографий, видеоматериалов и отзыва пациента

Я,

_____

_____ (ФИО полностью),

дата рождения «____» _____ _____ г., документ, удостоверяющий личность: _____,

даю согласие ООО «Аймед» (ИНН 6679119938, ОГРН 1186658082973, адрес: г. Екатеринбург, ул. Комсомольская, 78) (далее — Клиника) на следующее.

1. Использование фото-, видеоматериалов и отзыва

Разрешаю производить фото- и/или видеосъёмку в ходе оказания мне медицинских услуг (в том числе фотографии «до/после»), а также использовать полученные фотографии, видеозаписи и текст моего отзыва о лечении (далее — Материалы) в следующих целях:

— размещение на официальном сайте Клиники (aimedclinic.ru), в том числе в разделах «Результаты» и «Клинический опыт», на страницах врачей;

— размещение в социальных сетях и мессенджерах Клиники;

— использование в печатных и электронных информационных и рекламных материалах Клиники.

2. Обработка персональных данных

Даю согласие на обработку персональных данных, содержащихся в Материалах и в тексте отзыва, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в объёме и способами, необходимыми для целей, указанных в п. 1.

3. Условия использования

— Материалы могут быть обезличены (кадрирование без лица, размытие лица и иных индивидуализирующих признаков) по моей просьбе, заявленной до момента публикации;

— использование Материалов осуществляется Клиникой на безвозмездной основе;

— согласие действует до момента его отзыва;

— настоящее согласие может быть отозвано мной в любой момент путём подачи письменного заявления администрации Клиники; после отзыва Материалы подлежат удалению с сайта и со страниц Клиники в социальных сетях в срок не более 10 рабочих дней, за исключением случаев, когда Материалы включены в резервные (архивные) копии, техническое удаление из которых на момент отзыва невозможно.

Настоящее согласие дано мной добровольно, в соответствии со ст. 152.1 ГК РФ и

Федеральным законом № 152-ФЗ. Я ознакомлен(а) с целями использования Материалов и не возражаю против их публикации на условиях, указанных выше.

Если пациент является несовершеннолетним, согласие подписывается его законным представителем (родителем, опекуном) с указанием ФИО представителя, реквизитов документа, удостоверяющего личность, и документа, подтверждающего полномочия представителя (свидетельство о рождении, решение об установлении опеки и т. п.).

Дата: «____» _____ 20____ г.

Подпись пациента / законного представителя: _____ /

_____

(подпись) (ФИО расшифровка)