

г.Санкт-Петербург

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_

**Данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_  
паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель — нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным (ФИО ребенка или недееспособного гражданина): \_\_\_\_\_

Предоставляю ООО «ПАНДЕНТ» своё письменное информированное согласие на осуществление фото-видеосъемки меня или моего ребенка, или человека, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть). Я осознаю, что изображения могут быть использованы в документах медицинского учета, образовательных целях, публикациях медицинских книг, статей или использования их при публикациях в сети интернет, как указано мною ниже.

Давая согласие на использование моих изображений, я понимаю, что не получу за них плату от какой-либо из сторон.

Я осведомлен(а), что мой отказ от предоставления согласия на использование фотографий не повлияет на качество медицинских услуг, которые мне будут предоставлены.

Я могу отозвать своё согласие в любое время до опубликования материала, но после того, как информация будет передана на опубликование (поступит в печать), отозвать ее будет невозможно.

Подписывая данную форму, я подтверждаю, что положения данного согласия были мне четко и доступно разъяснены.

Я даю письменное информированное согласие на использование моих изображений, в т.ч. для публикаций в медицинских журналах (включая их электронные версии), учебниках, тематических форумах и сети интернет. Я понимаю, что мои изображения могут быть доступны широкой общественности, включая СМИ. Несмотря на то, что изображения не будут сопровождаться какими-либо персональными данными (например, ФИО), и будут приняты все меры для обеспечения моей анонимности, я осознаю возможность того, что кто-либо может узнать меня. Я также даю согласие на использование моих изображений в образовательных целях и в документах медицинского учета

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Я даю письменное информированное согласие на использование моих изображений в образовательных целях и в моих документах медицинского учета, не для использования в публикациях.

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Я даю письменное информированное согласие на использование моих изображений только в документах медицинского учета.

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

г.Санкт-Петербург

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_

**Данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_  
паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель — нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным (ФИО ребенка или недееспособного гражданина): \_\_\_\_\_

Предоставляю ООО «ПАНДЕНТ» своё письменное информированное согласие на осуществление фото-видеосъемки меня или моего ребенка, или человека, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть). Я осознаю, что изображения могут быть использованы в документах медицинского учета, образовательных целях, публикациях медицинских книг, статей или использования их при публикациях в сети интернет, как указано мною ниже.

Давая согласие на использование моих изображений, я понимаю, что не получу за них плату от какой-либо из сторон.

Я осведомлен(а), что мой отказ от предоставления согласия на использование фотографий не повлияет на качество медицинских услуг, которые мне будут предоставлены.

Я могу отозвать своё согласие в любое время до опубликования материала, но после того, как информация будет передана на опубликование (поступит в печать), отозвать ее будет невозможно.

Подписывая данную форму, я подтверждаю, что положения данного согласия были мне четко и доступно разъяснены.

Я даю письменное информированное согласие на использование моих изображений, в т.ч. для публикаций в медицинских журналах (включая их электронные версии), учебниках, тематических форумах и сети интернет. Я понимаю, что мои изображения могут быть доступны широкой общественности, включая СМИ. Несмотря на то, что изображения не будут сопровождаться какими-либо персональными данными (например, ФИО), и будут приняты все меры для обеспечения моей анонимности, я осознаю возможность того, что кто-либо может узнать меня. Я также даю согласие на использование моих изображений в образовательных целях и в документах медицинского учета

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Я даю письменное информированное согласие на использование моих изображений в образовательных целях и в моих документах медицинского учета, не для использования в публикациях.

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Я даю письменное информированное согласие на использование моих изображений только в документах медицинского учета.

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_