



Согласие пациента на проведение фото-/видеосъёмки, использование и передачу третьим лицам его фото-/видеоизображений

г. Москва

ФИО ПАЦИЕНТА ПОЛНОСТЬЮ

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ

ТЕЛЕФОН

E-MAIL

- В соответствии со ст. 152.1 Гражданского кодекса Российской Федерации даю своё согласие ООО «Р-МЭ2» (далее — Клиника) (ОГРН 1167746717467 / ИНН 7743165982) на проведение фото-/видеосъёмки с моим участием как до проведения лечения, в момент проведения лечения, так и по окончании лечения, и на дальнейшее использование моих фото-/видеоизображений в рекламных и иных целях, а именно: использовать изображения полностью или фрагментарно для создания собственных полиграфических изделий, в том числе как иллюстрации к статьям; использовать во всех принадлежащих Клинике интернет-ресурсах, включая, но не ограничиваясь: социальные сети, официальный сайт, видеоканал и т. д.
- Клиника вправе самостоятельно определять сюжет съёмки, контекст 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. Клиника 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. Использование изображений должно соответствовать принципам соблюдения организацией действующего законодательства РФ, достоверности и корректности информации.
- Перед дачей мной настоящего согласия я понимаю возможные риски и последствия опубликования моих изображений в сети Интернет, на информационных стендах, в рекламных листовках (буклетах), в социальных сетях, и что организация не несёт ответственности за такие последствия, если предварительно было получено моё письменное согласие на опубликование моих изображений.
- Мне в достаточной мере было предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения по вопросу подписания настоящего согласия.
- Мне известно, что я вправе отозвать настоящее согласие путём направления соответствующего письменного заявления.
- Данное согласие действует **бессрочно**.
- Подписывая настоящее согласие, я осознаю, что даю своё согласие на распространение сведений, составляющих мою врачебную тайну, в связи с чем обязуюсь не предъявлять к Клинике соответствующих претензий и требований.
- Я **разрешаю / не разрешаю** (нужное подчеркнуть) осуществлять указанные действия в виде, включающем обнародование всего изображения лица Пациента и возможность для третьих лиц идентифицировать личность пациента, получить доступ к сведениям о факте обращения пациента за оказанием медицинской помощи, о состоянии его здоровья и диагнозе, а также к иным сведениям, полученным при его медицинском обследовании и лечении, составляющим врачебную тайну в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2013 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Я **разрешаю / не разрешаю** (нужное подчеркнуть) осуществлять указанные действия **исключительно в обезличенном виде** — при условии, что перед использованием и (или) передачей изображений будут применены меры, исключающие возможность узнавания меня третьими лицами и идентификации моей личности (в том числе: кадрирование или использование фрагментов изображения без лица, скрытие (ретушь, размытие) лица и особых примет, отсутствие указания моих фамилии, имени, отчества и иных персональных данных), а также возможность получения доступа к сведениям, составляющим врачебную тайну.

ПАЦИЕНТ — Ф. И. О.

ПОДПИСЬ

ДАТА