

Zgoda na udostępnienie wizerunku

Imię i nazwisko pacjentki(ta)..... Pesel

X – oznacza zgodę

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej i cyfrowej zabiegu z zakresu medycyny estetycznej jakiemu się poddałam/em w Centrum Medycznym Grapa Medica i wykorzystanie powyższych materiałów (publikację):

- dla celów medycznych, naukowych, edukacyjnych;
- marketingowych i promocyjnych w mediach elektronicznych;
- marketingowych i promocyjnych w serwisach internetowych;
- marketingowych i promocyjnych w tytułach prasowych;
- marketingowych i promocyjnych w mediach elektronicznych

na rzecz:

GRAPA MEDICA SP. Z.O.O, AL. WOJSKA POLSKIEGO 4, 05-520 KONSTANCIN-JEZIORNA, NIP 123-091-99-19, REGON: 010271174 bez ograniczeń czasowych i bez warunków co do sposobu lub kontekstu, w którym zdjęcie zamieszczono, z zastrzeżeniem, iż moja tożsamość nie zostanie ujawniona.

Zgoda obejmuje rozpowszechnianie wizerunku na terytorium RP i poza terytorium RP przez **GRAPA MEDICA SP. Z.O.O, AL. WOJSKA POLSKIEGO 4, 05-520 KONSTANCIN-JEZIORNA, NIP 123-091-99-19, REGON: 010271174**, zgodnie Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) działającemu poza terytorium RP.

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data i podpis lekarza