

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

на фото- и видеосъемку с возможной последующей публикацией фотографий

Я, \_\_\_\_\_,

(ФИО)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

(серия, номер) (когда и кем выдан)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

даю свое письменное согласие на осуществление фотосъемки или видеосъемки меня или моего ребенка, или ребенка, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть).

Я даю согласие на обработку и использование фото и видеоматериалов исключительно в следующих целях: публикации в социальных сетях и на сайте МЦ «Нью-Медика», в сторонних СМИ от лица

Клиники, а также в информационных и обучающих материалах, подготовленных Клиникой с целью повышения уровня информированности населения о нарушениях зрения и заболеваниях органа зрения, а также профилактики данных заболеваний.

Я могу отозвать свое согласие в любое время до опубликования фотографий.

Вместе с тем я понимаю, что после того, как фотографии будут переданы на опубликование, отозвать согласие будет невозможно.

Я понимаю, что изображения могут быть доступны широкой общественности, включая средства массовой информации. Я осознаю возможность того, что кто-либо может узнать меня и/или моего ребенка (детей) или ребенка(детей), законным представителем которых я являюсь.

ФИО ребенка (детей), на которых распространяется данное согласие:

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись расшифровка подписи

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

2025 г.