

Zgoda na wykorzystanie wizerunku pacjenta

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko pacjenta:

Adres e-mail / telefon kontaktowy:

niniejszym wyrażam zgodę na **nieodpłatne utrwalanie, przetwarzanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku** przez **Klinikę OrthoCare Sp. z o.o.** z siedzibą w Radomiu, ul. Focha 12/9, NIP: 7963029113, REGON: 529073720 – w celu:

- publikacji zdjęć lub nagrań video przedstawiających efekty leczenia lub uczestnictwa w działaniach kliniki,
- wykorzystania materiałów na stronie internetowej kliniki (www.klinikaorthocare.pl),
- publikacji na profilach Kliniki OrthoCare w mediach społecznościowych (np. Facebook, Instagram),
- wykorzystania w materiałach promocyjnych, informacyjnych i edukacyjnych (drukowanych lub elektronicznych).

Zakres zgody

- ☐ Zgadzam się na publikację zdjęć twarzy.
- ☐ Zgadzam się tylko na publikację zdjęć anonimowych (np. z profilu, zasłonięta twarz, część ciała).
- ☐ Zgoda obejmuje także krótkie cytaty mojej opinii na temat leczenia.
- ☐ Zgoda nie obejmuje użycia mojego nazwiska lub innych danych osobowych.

Informacje prawne

1. Zgoda ma charakter dobrowolny i może być w każdej chwili cofnięta — poprzez kontakt z administratorem danych: klinikaorthocare@gmail.com.
2. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej cofnięciem.
3. Zgodnie z RODO przysługują mi prawa: dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu i skargi do Prezesa UODO.

.....

Data i podpis pacjenta