

نموذج موافقة وسائل الإعلام باللغة العربية

| | | | | | | |
|--------------------|---|---------------|---|----------------|---|------------|
| 784-1996-9294842-7 | : | هوية الإمارات | : | sandhya rani | : | اسم المريض |
| Other | : | جنسية | : | 2023-10-09 | : | رقم الملف |
| 2023-12-29 | : | تاريخ | : | Shilpa Sandhya | : | اسم الطبيب |
| | : | | : | Female | : | جنس |

اسم المريض: sandhya rani

الفوتوغرافية او المتحركة مني, أو لإنتاج شرائط الفيديو أو اشربة صوتية أو صور ويب أو أي أنواع أخرى من الوسائط التي يتم فيها التقاط اسمي / صورتي أو صوتي.

أصرح للمركز الطبي الأسترالي بحقوق نشر مثل هذه المواد المذكورة أعلاه . كما و أصرح للمركز الطبي الأسترالي باستخدام, وإعادة استخدام, نسخ, عرض, إعادة عرض, ونشر وتوزيع هذه المواد في اي وسائل ترويجية أو تعليمية أو غيرها من وسائل الإعلام, والتي قد تشمل (على سبيل المثال لا الحصر) منشورات الجامعة أو الفهارس أو المقالات أو المجالات أو كتيبات التوظيف أو المواقع الالكترونية أو المنشورات الالكترونية أو غير ذلك من غير الرجوع لي.

وأصرح للمركز الطبي الأسترالي بالتعريف عني من خلال اسمي, دراستي, تاريخ التخرج, البلد, وما الى ذلك. (إذا لم ترغب بالتعريف عنك من خلال الاسم وما الى ذلك, يرجى شطب هذا البند).

أقر أنني قبلت طواعية بتوقيع هذه الإتفاقية ولم أستلم أي مبلغ مادي من المركز الطبي الأسترالي.

أنا في الثامنة عشرة من العمر على الأقل, اذا كنت أقل من هذا العمر, فسوف أوكل ولي أمري أو الوصي القانوني علي بتوقيع هذه الاتفاقية.

| قم بالتوقيع هنا فقط إذا تمت الموافقة على جميع الأسئلة | | |
|---|--|---|
| مريض | شاهد | طبيب |
| | | |
| اسم المريض sandhya rani تاريخ 2023-12-29 | اسم الشاهد s تاريخ 2023-12-29 | Shilpa Sandhya - Dermatology (FDY56YGDFG) تاريخ 2023-12-29 |