

## نموذج موافقة وسائل الإعلام باللغة العربية

784-8666-6666666-7	:	هويه الإمارات	sai krishna	:	اسم المريض
Other	:	جنسية	1996-09-25	:	رقم الملف
2024-04-13	:	تاريخ	dermatology derma	:	اسم الطبيب
	:		Male	:	جنس

اسم المريض: sai krishna

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 أي وسائل ترويجية أو تعليمية أو غيرها من وسائل الإعلام, والتي قد تشمل (على سبيل المثال لا الحصر) منشورات الجامعة أو الفهارس أو المقالات أو المجلات أو كتيبات التوظيف أو المواقع الإلكترونية أو المنشورات الإلكترونية أو غير ذلك من غير الرجوع لي.

وأصرح للمركز الطبي الأسترالي بالتعريف عني من خلال اسمي, دراستي, تاريخ التخرج, البلد, وما إلى ذلك. (إذا لم ترغب بالتعريف عنك من خلال الاسم وما إلى 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, إذا 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

طبيب	شاهد	مريض
		
dermatology derma - Dermatology (0) تاريخ 2024-04-13	اسم الشاهد yuyui تاريخ 2024-04-13	اسم المريض sai krishna تاريخ 2024-04-13