

FORMULAIRE DE DECHARGE RELATIVE AUX PHOTOGRAPHIES DU PATIENT

Nom du patient :

Je, soussigné, _____, autorise le CLMO, Le Dr _____ et les représentants du personnel, à prendre des photographies de mon corps à des fins médicales, à les utiliser lors des soins me concernant en tant que patient, dans le cadre du marketing, de la documentation et / ou des présentations de cas.

Je comprends que :

- » Les photographies sont prises pour déterminer les résultats du traitement de la procédure CoolSculpting®.
- » Elles peuvent être utilisées pour la presse écrite, des supports visuels ou électroniques, y compris, mais de façon non limitative, pour des présentations scientifiques, des sites Internet et aux fins d'informer la profession médicale ou le grand public concernant la procédure. Ces utilisations peuvent également inclure une démarche marketing au nom de [insérer le nom du cabinet].
- » Les photographies prises de moi peuvent être publiées par le CLMO et par ses agents.
- » Je ne serai pas identifié par mon prénom ni mon nom dans aucun des documents publiés.
- » Mon visage ne sera pas montré dans les photographies et celles-ci ne révéleront pas mon identité.
- » Je suis à tout moment autorisé à annuler la présente autorisation par écrit, moyennant l'envoi d'une annulation écrite au [insérer le nom du cabinet].

Je décharge aux présentes le CLMO, et ses agents de toutes réclamations et demandes découlant de l'utilisation des photographies ou en concomitance avec celle-ci.

Je certifie avoir soigneusement lu la présente décharge et en comprends pleinement les conditions. En cas de question, je peux contacter le 04 78 64 69 95

Si j'ai moins de 18 ans, la signature de mon tuteur ou de l'un de mes parents est obligatoire.

Nom en caractères d'imprimerie : _____ Signature : _____ Date : _____

Témoin : _____ Date : _____