

## Согласие на фотопротокол и использование изображений

Я, \_\_\_\_\_,

*ФИО полностью*

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

*данные документа, удостоверяющего личность*

выдан \_\_\_\_\_

*орган, выдавший документ, и дата выдачи*

проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации (ст. 152.1.), Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», действуя свободно, своей волей и в своем интересе, даю согласие на обнародование моих изображений (в том числе фотографий полости рта и лица) в научных, просветительских, информационных и рекламных целях без выплаты мне вознаграждения (далее – «Согласие»).

Настоящее Согласие дается мной Обществу с ограниченной ответственностью «Апекс», место нахождения: г. Барнаул, ул. Партизанская, 105, именуемому далее «**Медицинская организация**».

Настоящим подтверждаю, что уведомлен(а) и согласен(-на) с тем, что в ходе оказания медицинских услуг может выполняться фотосъемка (с целью фиксации результатов, контроля качества). Настоящим даю согласие на обработку и хранение персональных данных Пациента, полученных в процессе ведения фотосъемки. Настоящее Согласие дается мной на все изображения (фотоснимки), полученные (сделанные) работниками и представителями Медицинской организации в период предоставления мне Медицинской организацией медицинских услуг и по завершении лечения, в том числе в период с «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ года.

Я даю согласие на использование и обнародование моих изображений (в том числе фотоснимков полости рта и лица) в публикуемых Медицинской организацией научно-медицинских исследованиях, в докладах, выступлениях, печатных изданиях; материалах для обучения и повышения квалификации медицинских работников; а также в рекламных, информационных и иных материалах, размещаемых в помещениях Медицинской организации и в сети «Интернет» (включая сайт Медицинской организации и страницу в соцсетях). Медицинская организация вправе раскрывать относящуюся ко мне врачебную тайну в части факта моего обращения в Медицинскую организацию, диагноза, предоставленных медицинских услуг неопределенному кругу лиц – но только в целях, указанных в настоящем Согласии, и способами, исключающими нарушение моих прав. Медицинская организация вправе обнародовать и в дальнейшем использовать мои изображения (в том числе полости рта и лица) целиком и фрагментами: воспроизводить, осуществлять публичный показ, импортировать оригиналы или экземпляры изображений в целях распространения, перерабатывать, доводить до всеобщего сведения, а также без моего согласия и без выплаты мне вознаграждения передавать права на мои изображения третьим лицам. Настоящее Согласие действует на территории всего мира (включая Российскую Федерацию) в течение неопределенного срока – до момента его отзыва в порядке, установленном настоящим Согласием. Я оставляю за собой право отозвать настоящее Согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю. Изображения не могут быть использованы способами, порочащими честь, достоинство и деловую репутацию. Полученные Медицинской организацией изображения не будут использоваться для целей идентификации личности, в связи с этим биометрическими данными не являются.

**Дата:**

«\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ года

**Подпись пациента:**

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/

*подпись*

*фамилия, имя, отчество полностью*