**Согласие на фото- и видео протокол и использование изображений**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
| **Данный раздел заполняется при оказании услуг лицам, не достигшим 18-ти лет:**  являясь законным представителем (указать ф.и.о. ребенка):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата рождения ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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», даю

согласие ООО «Бизнес центр АРБАТ» (ОГРН 1027704008804, ИНН 7704246476, далее - клиника) на осуществление и хранение фото- и видеофиксации моих (представляемого) изображений «до» и «после» процесса реабилитации **с целью обеспечения контроля качества медицинских услуг, фиксации изначальной клинической картины, процесса лечения, результата лечения**.

Настоящее согласие дается мной на все изображения, полученные (сделанные) медицинскими работниками клиники в период предоставления мне медицинских услуг и по завершении лечения.

Также даю согласие на обнародование моих (представляемого) изображений (**без указания персональных данных, без публикации лица и иных частей тела достаточных для идентификации**) в научно-медицинских исследованиях, докладах, выступлениях, печатных изданиях; материалах для обучения и повышения квалификации медицинских работников; а также в рекламных, информационных и иных материалах, размещаемых в помещениях клиники и в сети «Интернет» (включая сайт клиники и страницу в соцсетях).

Клиника вправе обнародовать и в дальнейшем использовать изображения целиком и/или фрагментами 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 клиники (119048, г. Москва, ул. Ефремова, дом 12, стр. 2.) 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 клиникой изображения не будут использоваться для целей идентификации личности, в связи с этим биометрическими данными не являются.

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись пациента (законного представителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_