|  |
| --- |
| Приложение № 5 |
| к Договору на оказание медицинских услуг№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Согласие пациента на фото-видеосъемку |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,1. ДАЮ согласие на производство фото- и видеосъемки моего пребывания в Реабилитационном центре Малаховка Life (ООО «Профессиональная медицинская лига»). |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | (Подпись пациента/законного представителя пациента) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. ДАЮ согласие на размещение фото-видео материалов в средствах массовой информации (печатные издания, интернет-портал, социальные сети). |
|  |  |  |  |  |  |  |  | (Подпись пациента/законного представителя пациента) |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| \*Законный представитель подписывает настоящее согласие только в случае, если пациент – недееспособен. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |