



Formulario de liberación de medios

Yo, el abajo firmante, Paciente de la Odontología Infantil de la Academia Smile (la "Práctica"), por la presente reconozco que la Práctica tiene un interés legítimo en crear un registro fotográfico y / o audiovisual de mí, que la práctica desee utilizar dichas fotografías y grabaciones audiovisuales en diversas publicaciones y materiales promocionales, (Folletos, folletos, boletines, etc.), sitios de información basados en Internet, DVDs, podcasts y medios de comunicación y que mi imagen y / o voz, pueden ser objeto y / o incluidos en dichas fotografías y / o audiovisuales grabaciones en virtud de mi participación en las actividades promocionales de la Práctica.

Yo, por la presente consiento y acepto que la Práctica, sus empleados o agentes tienen el derecho de usar fotografías, video grabado o grabaciones digitales de mí y utilizarlas en todas las formas de medios y exclusivamente para los fines de la Práctica que me ha proporcionado servicios dentales u ortodónticos. Consiento además que mi nombre de pila sólo se puede utilizar o por texto descriptivo o comentario.

En consecuencia, concedo a la Práctica el derecho de fotografiarme y de grabar mi imagen y / o voz mediante cualquier medio que se conozca o se decida en lo sucesivo, en relación con las actividades de promoción de la perpetuo pero no exclusivo de usar, duplicar y publicar tales fotografías, y cualquier grabación de mi imagen y / o voz, para editar y / o combinar tales fotografías y grabaciones con otros materiales, música y / o música especial a discreción de la Práctica, que me identifique por su nombre de pila sólo en relación con dichas fotografías y / o grabar, o abstenerse de hacerlo, y vender, licenciar o distribuir de otro modo con el fin de promover la Práctica y sus actividades.

Renuncio a la oportunidad o el derecho de inspeccionar o aprobar las pruebas, negativos, pruebas, películas terminadas, video, grabaciones sonoras y / o fotografías o los usos a las que se pueden poner. Todas las copias de mi imagen y / o voz, creada o registrada por la Práctica bajo este documento será propiedad única y exclusiva de la Práctica, incluyendo cualquiera y todas las impresiones y negativos que representan lo mismo. Renuncio a cualquier derecho, reclamo o interés que pueda tener para controlar el uso de mi identidad o semejanza en cualquier medio usado.

Por la presente reconozco que los derechos de autor de cualquier interpretación por mí registrada por la Práctica propiedad exclusiva de la Práctica durante el período de vigencia de dicho derecho de autor, todos los derechos sobre y transferido por mí a la Práctica por la presente.

Yo represento que he leído y entiendo este acuerdo, y soy competente para ejecutar este acuerdo. No existen otros Acuerdos que impiden la transferencia de estos derechos a la Práctica, o sus sucesores y asigna reconozco que la Práctica tiene la intención de confiar en esta liberación, y la concesión de los derechos aquí contenidos, y incurrir en costos significativos en la producción de tales fotografías y grabaciones, y los materiales y productos que mismo. Como resultado, estoy de acuerdo en no iniciar ninguna acción legal para impugnar los derechos transmitidos a la Práctica aquí. Además, yo, por mis sucesores y cesionarios, por la presente exonero y acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a todos y cada uno de los empleados, agentes, afiliados, sucesores, cesionarios, contratistas y / o vendedores de la Práctica, incluyendo aquellos que operan en un voluntario capacidad, de y de toda responsabilidad derivada de la creación de tales imágenes fotográficas y / o audiovisuales las grabaciones, la publicación, venta u otra distribución de los mismos o el ejercicio de los demás derechos concedidos en este documento.

He leído y entendido el contenido de este comunicado y lo estoy ejecutando por mi propia voluntad. Si estoy bajo 18 años de edad, mi padre y / o tutor legal _____ ha firmado abajo y por lo que firma reconoce y acepta los términos de este acuerdo, tanto individualmente como en mi nombre.

Paciente:

Nombre (impreso): _____

Fecha: _____

Firma: _____

Padres y / o tutor legal (si es Paciente menor de 18 años)

Nombre (impreso): _____

Fecha: _____

Firma: _____