

Zgoda na wykonanie i przetwarzanie zdjęć do dokumentacji zabiegowej

Ja, niżej podpisana, wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na wykonanie zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi wyłącznie do celów dokumentacyjnych.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na publikację / przetwarzanie wykonanych zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi, pod warunkiem nierozpoznawalności mojej osoby.

.....
Podpis

Flebonet Sp z o.o.
05-420 Józefów ul. Wyszyńskiego 103
22 110 00 75 flebonet@flebonet.pl
KRS 0000515405
www.flebonet.pl