

NÉV..... SZÜLETÉSI IDŐ.....  
TELEFONSZÁM..... TAJ.....

## HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT FÉNYKÉP-ÉS VIDEÓFELVÉTEL KÉSZÍTÉSÉHEZ

Alulírott kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy arcomról, fogazatomról illetve a fogászati kezelés menetéről az Agident Service Kft. által fényképfelvételek készüljenek.

Hozzájárulok a fogászati kezelés alkalmával készült a fogászati kezelésről vonatkozó fényképfelvételeknek nyilvánosan elérhető internetes oldalra történő feltöltéséhez, az Agident Service Kft. népszerűsítésével kapcsolatos tájékoztató anyagokban promóciós célokra történő felhasználásához.

**Adatvédelem:** A 2011. évi CXII. Az információs önrendelkezési jogról és az információs szabadságról szóló törvény alapján hozzájárulok, hogy adataimat, amelyeket az Agident Service Kft. részére a kezelés kapcsán átadtam, bizalmasan kezeli, és azokat harmadik személynek nem adhatja ki, előzetes kifejezett írásbeli hozzájárulásom nélkül.

Kiskorú vagy aláírásra képtelen Páciens esetében a szülő vagy a törvényes képviselő aláírása

Budapest, 20.....

**Tanuk:**

.....  
.....