

NÉV..... SZÜLETÉSI IDŐ.....

TELEFONSZÁM..... TAJ.....

## HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT FÉNYKÉP-ÉS VIDEÓFELVÉTEL KÉSZÍTÉSÉHEZ

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

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

**Adatvédelem:** A 2011. évi CXII. Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvény alapján hozzájárulok, hogy adataimat, amelyeket a Agident Service Kft. részére a kezelés kapcsán átadtam, bizalmasan kezel, 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:**

.....

.....



**Agident Service Kft.**  
**Fogszakorvosi magánpraxis**

1068. Budapest, Benczúr utca 1. fsz. 8.  
Tel.: 06-1/343-1178 vagy 06-30/626-2924  
Honlap: [www.agident.hu](http://www.agident.hu) E-mail: [rendelo@agident.hu](mailto:rendelo@agident.hu)