

HIRSLANDEN FOTO- UND FILMPRODUKTIONEN EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

PRODUKTION _____

AUFNAHMEORT _____

AUFNAHMEDATUM _____

ICH ERKLÄRE HIERMIT FOLGENDES:

Ich habe als Modell an der oben genannten Fotoproduktion teilgenommen und bestätige mit meiner Unterschrift, dass mir Inhalt und Zweck der Produktion erklärt worden sind.

Ich bin einverstanden, dass die von mir angefertigten Aufnahmen uneingeschränkt verwendet und veröffentlicht werden. Ich räume der Privatklinikgruppe Hirslanden deshalb ein inhaltlich, räumlich und zeitlich unbeschränktes Nutzungsrecht an den von mir im Rahmen der oben genannten Produktion angefertigten Aufnahmen ein.

Ich bin einverstanden, dass persönliche Angaben, die von mir im Rahmen dieser Produktion bekanntgegeben werden, von der Hirslanden AG in gleichem Umfang wie die Aufnahmen verwendet werden dürfen. Dies betrifft beispielsweise Bildunterschriften mit Namen, Beruf, betrieblicher Funktion, Arbeitsort und Alter.

Es bestehen meinerseits keine finanziellen Ansprüche aus der Nutzung der von mir angefertigten Aufnahmen und den persönlichen Angaben.

VORNAME, NAME _____

GEBURTSDATUM _____

STRASSE, NR. _____

PLZ, WOHNORT _____

KLINIK _____

DATUM, UNTERSCHRIFT _____

