

南京医科大学附属明基医院

肖像及声音使用知情同意书

姓名:_____性别:_____年龄:_____

我同意南京明基医院在我接受治疗或照顾期间, 拍摄、录制并使用我的肖像和声音。理解并同意以下几点:

肖像和声音使用目的: 我已知晓本次视频征集主要是用于“611 喉乳头状瘤关注日”的社会公益宣传, 动员社会正确认识喉乳头状瘤, 了解喉乳头状瘤患者, 参与到关爱喉乳头状瘤患者的公益活动中来, 为此需要 RRP 患者真实的故事和案例的分享, 医院有权将我在接受治疗或照顾期间的肖像和声音用于医学研究、学术交流、教育培训、社会公益活动、非商业目的的科普推广宣传等相关活动。

收集方式: 医院采取合理、必要的措施, 采集肖像, 并保护肖像和声音的安全, 避免泄露或滥用。

权益保障: 我保留随时撤回同意的权利, 但不会随意无故临时撤回, 撤回前会提前书面申请。如果我撤回同意或医院认为肖像和声音已不再用于目的, 医院收到通知后停止后续使用并删除素材, 已合法使用部分不追溯处理。在任何情况下, 医院都将尊重我的个人隐私和权利, 尽量避免暴露我的身份。

经济补偿: 我自愿参与此项“611 喉乳头状瘤关注日”公益活动, 不会收到任何形式的经济补偿, 医院对肖像和声音的使用不涉及任何商业目的。

我已充分了解上述内容并确认我在完全清楚知情的情况下签署此同意书。如任何疑问, 我会与医院相关人员进行沟通。

签名_____ 签名日期 _____年____月____日

如果无法签署知情同意书, 请其授权的亲属在此签名:

授权亲属签名: _____关系 _____ 签名日期 _____年____月____日

医生签名_____ 签名日期 _____年____月____日