



AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE

Modèle/Patient	Médecin
NOM :	Nom :
PRENOM :	PRENOM :
Date de naissance :	Tampon :

Le médecin a réalisé une ou plusieurs photographies sur lesquelles apparaît le modèle.

Ces images ont été réalisées en date du :à

Objectif des photos

Les photographies auront pour objectif de vérifier le résultat réel et visuel du traitement laser ORIGIN.

Conditions de prise de vue

La photographie ne devra pas :

- montrer le visage du modèle
- ne devra pas porter atteinte au modèle
- ne devra pas faire paraître un élément reconnaissable (ex : tatouage) du modèle

La photographie devra :

- Etre prise sur la zone traitée
- Etre prise avec un fond neutre

Modes de diffusion

Le modèle (qui atteste ne pas être lié avec un tiers par un contrat d'exclusivité sur son image) autorise le médecin à faire usage des photographies visées ci-dessous. En cas de désaccord pour l'une des utilisations, le modèle devra rayer la mention concernée. Il est informé de ce qu'en ne refusant aucune autorisation, sa photographie pourra être utilisée sur tous les supports indiqués ci-dessous :

Etudes cliniques Présentations internes Présentations externes	Publications Expositions Publicité pour le traitement laser ORIGIN
--	--

Durée de l'autorisation

La présente autorisation est accordée pour une durée de 5 ans à compter de sa signature.

Engagement du médecin

Le médecin s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation du modèle, ou tout autre exploitation préjudiciable.

Il tiendra à disposition du modèle un justificatif de chaque parution, disponible sur simple demande et encouragera ses partenaires à faire de même en mettant personnellement tout en œuvre pour atteindre cet objectif.

Signature du Modèle