

4. AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE

Modèle / Patient	Médecin
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____	Nom : _____ Prénom : _____ Tampon :

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

Ces images ont été réalisées en date du :

_____ au _____

OBJECTIF DES PHOTOS

Les photographies auront pour objectif de vérifier le résultat réel et visible du traitement de cryolipolyse médicale CRISTAL®.

CONDITIONS DE PRISE DE VUE

La photographie ne devra pas :

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

La photographie devra :

- être prise sur la zone traitée
- être 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	Publications
Présentations internes	Expositions
Présentations externes	Publicité pour le traitement CRISTAL®

DURÉE DE L'AUTORISATION

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

ENGAGEMENT DU MÉDECIN

Le médecin s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptibles 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 oeuvre pour atteindre cet objectif.

Signature du modèle :