**Einwilligung in die Verwendung von Fotos und/oder Filmaufnahmen**

Ich,

............................................................... ....................................................

Name, Vorname Geburtsdatum

............................................................... .....................................................

Straße und Hausnummer Postleitzahl und Wohnort

räume hiermit der MEDIAN Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG, Franklinstraße 28-29, 10587 Berlin, und den mit ihr verbundenen Unternehmen (im Folgenden: MEDIAN)unentgeltlich sowie räumlich und zeitlich unbeschränkt das Recht zur Verwertung der Fotos und/oder der Filmaufnahmen vom ………………………………………….…….. (*Datum)/ …………………………………………………………… (Beschreibung der Fotos und/oder der Filmaufnahmen)* ein.

Inhaltlich umfasst das Recht die Nutzung in Printmedien, Newslettern, im Intranet, im Internet und im Fernsehen für Marketingzwecke der MEDIAN Einrichtungen unter Nennung meines Vor- und Nachnamens *(letzten Halbsatz gegebenenfalls streichen).*

Das Recht zur Nutzung umfasst auch eine Digitalisierung und eine elektronische Bildbearbeitung.

Trotz ausreichender technischer Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes kann bei einer Veröffentlichung von Daten im Internet ein umfassender Datenschutz nicht garantiert werden. Insbesondere sind personenbezogene Daten durch Veröffentlichung im Internet auch in Staaten abrufbar, die keine der Bundesrepublik Deutschland vergleichbaren Datenschutzbestimmungen kennen, und die Vertraulichkeit, die Integrität, die Authentizität und die Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten ist nicht garantiert.

Die MEDIAN Datenschutzerklärung für Abgebildete auf Fotos und/oder Filmen ist unter folgendem Link abrufbar: [www.median-kliniken.de/datenschutz/fotos-und-filme](http://www.median-kliniken.de/datenschutz/fotos-und-filme) Auf Wunsch erhalte ich einen Ausdruck der MEDIAN Datenschutzerklärung für meine Unterlagen.

................................................................ Ich handele als Vertreter/in mit Vertretungsmacht:

Ort, Datum

................................................................. ………………………………………………………………..

Unterschrift der/des Abgebildeten Unterschrift der Vertreterin/des Vertreters