

PAZARLAMA İLETİŞİMİ HASTA ONAM FORMU

Tarih:

* Yakın Doğu Oluşumu Hastanelerinde şahsıma ait fotoğraf, görüntü ve video çekiminin hastanenin sahip olduğu ve yönettiği dijital mecralarda kullanılmasına izin verildiğini gösteren belgedir.

Ad Soyad	
Doğum Tarihi (Gün, Ay ve Yıl olarak)	
E - Posta Adresi	
Telefon Numarası	
*Fotoğraflar ve özel bilgiler sadece Yakın Doğu Oluşumu Hastanelerinin veri tabanına kaydedilir, hastanenin dijital mecralarında ve hastanelerin bina içerisinde kullanılır. Fotoğraflar ve özel bilgiler üçüncü kişi ve kurumlar ile paylaşılmaz.	

Ben aşağıda imza sahibi yukarıda belirtilen açıklamalar doğrultusunda, şahsıma ait fotoğraf, görüntü ve video çekiminin Yakın Doğu Oluşumu Hastanelerine ait basılı ve dijital mecralarda kullanılmasına izin veriyorum () / vermiyorum ().

Adı- Soyadı:

İmzası:

*Yakın Doğu Oluşumu Hastanelerinin açılımı şöyledir; Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesi, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Yeniboğaziçi, Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Yeniboğaziçi, Yakın Doğu Üniversitesi Diş Hastanesi, Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Diş Hastanesi, Yakın Doğu Üniversitesi Hayvan Hastanesi.