

Consent to Photograph/Record and Copyright Clearance

رضایت جهت عکسبرداری/فیلمبرداری و اجازه حق چاپ

اطلاعات فردی:

نام خانوادگی	نام	نام میانی
آدرس		
شهر	ایالت	کدپستی
شماره تلفن 1	شماره تلفن 2	ایمیل

بدینوسیله موافقت می‌کنم تصویر، شکل و شمایل من و/یا صدای من ضبط یا ثبت شود.

من می‌دانم که Cedars-Sinai، ارائه‌کنندگان خدمات آن، رسانه‌های خبری یا سایر رسانه‌های عمومی، ممکن است از این موارد ضبط‌شده برای اهداف ارتباطات، بازاریابی، آموزش پزشکی و/یا اهداف دیگر از جمله استفاده کنند.

من موافقت می‌کنم که فیلم، عکس‌ها یا تصاویر مشخص شده در بالا در مالکیت Cedars-Sinai یا متعلق به نمایندگان آن باشد و هرگونه حق تفتیش یا تأیید چنین کاری را از خود سلب می‌کنم. موافقت می‌کنم که این رضایت بدون قول پرداخت غرامت مالی داده شده است. من همچنین رضایت می‌دهم که Cedars-Sinai را از هرگونه حق، عنوان و/یا هر نوع بهره‌ای که ممکن است از اطلاعات یا تصاویر تولیدشده ببرد و همچنین هرگونه غرامت مستقیم/غیرمستقیم مبری کنم.

اگر من اثری (شامل ارائه پاورپوینت، کلیپ‌های ویدئویی، تصاویر، نمونه‌های VR/AR) را در رویداد اشاره‌شده در بالا ارائه دهم، در موارد زیر نیز رضایت می‌دهم:

(a) به Cedars-Sinai حق و مجوز غیرانحصاری استفاده، بازتولید، پخش، نمایش، عرضه و توزیع نسخه‌های ضبط شده اثر را به همراه نام من، و بدون هیچ‌گونه پرداخت غرامت به من یا در نظر گرفتن ملاحظاتی برای من اعطا می‌کنم؛ و

(b) به Cedars-Sinai نمایندگی و ضمانت می‌دهم که:

- i. من تنها نویسنده و صاحب اثر هستم و/یا اگر بخشی از اثر تحت مالکیت فردی غیر از من باشد رضایت می‌دهم که به Cedars-Sinai مجوز یا رضایت از طرف مالک را اعطا کنم، به صورتی که از نظر فرم و ماهیت، مورد رضایت Cedars-Sinai باشد، و Cedars-Sinai بتواند آن بخش از اثر را مورد استفاده قرار دهد.
- ii. این اثر هیچ‌گونه حق چاپ یا سایر حقوق مالکیت معنوی را از هیچ فردی نقض نمی‌کند.
- iii. این اثر توسط تحقیقات علمی، پزشکی، دارویی یا سایر تحقیقات یا اقدامات حرفه‌ای درست پشتیبانی می‌شود.
- iv. این اثر شامل هیچ‌گونه ادعای غلط، گمراه‌کننده، فریبده یا غیرمستند نیست.



Consent to Photograph/Record and Copyright Clearance رضایت جهت عکسبرداری/فیلمبرداری و اجازه حق چاپ

موافقت می‌کنم که Cedars-Sinai، مدیران، کارمندان، عوامل، نمایندگان، کارکنان، پزشکان یا هر شخص دیگری را که در رویداد اشاره شده در بالا شرکت می‌کند، از هر ادعایی در نتیجه یا در رابطه با استفاده از اطلاعات ذکر شده، مبری و برای همیشه از آنها سلب مسئولیت کنم، از جمله، و نه محدود به، ادعای نقض حق چاپ، حمله به حریم خصوصی، حق تبلیغ یا افترا، ولی به اینها محدود نمی‌شوند.

با امضای زیر، من با استفاده یا افشای هرگونه اطلاعات شکل و شمایل شخصی مشخص شده در این فرم موافقت می‌کنم.

امضای مشارکت‌کننده، پدر یا مادر، قیم قانونی یا نماینده تاریخ

☐ موضوع عکسبرداری/تصویربرداری/ضبط ☐ پدر یا مادر، قیم یا نماینده قانونی

اگر این سند ترجمه شده است:

امضای مترجم زبان تاریخ