

Consent to Photograph/Record and Copyright Clearance
照片/录音及版权使用授权书

个人信息:

姓 名 中间名

地址

城市 州 邮政编码

电话 1 电话 2 电子邮件

我同意对本人的肖像、影像和/或声音进行拍摄或录制。

我了解这些记录可能被 Cedars-Sinai、其护理人员、新闻媒体或其他一般媒体用于传播、营销、医学教育及/或其他目的，包括_____。

我同意上述指定的视频、照片或肖像成为 Cedars-Sinai 或其代表的财产，并且放弃审查或批准此类作品的权利。我同意对本授权书不索取任何报酬。我进一步同意放弃向 Cedars-Sinai 索取该信息或图像所包含或产生的任何权利、所有权和/或任何形式的权益，以及任何直接/间接酬劳。

对于我在上述活动中提交的任何作品（包括但不限于 PowerPoint 演示文稿、视频片段、图像、VR/AR 示例），我在此：

- a) 认可 Cedars-Sinai 对于使用、复制、广播、展示、展览和分发连同我名字的作品录音的非独家权利，并放弃索取任何报酬，并且
- b) 向 Cedars-Sinai 声明并保证：
 - i. 我是该作品的唯一作者和所有人，并且/或者如果该作品的任何部分由我之外的其他人所有，我同意以符合 Cedars-Sinai 要求的形式和要旨，向 Cedars-Sinai 提供该所有人的许可或授权书，以便 Cedars-Sinai 可以使用这部分作品。
 - ii. 本作品不侵犯任何其他人的任何版权或其他知识产权。
 - iii. 该作品得到可靠的科学、医学、药理学或其他专业研究或实践支持。
 - iv. 该作品不包含任何虚假、误导、欺骗或未经证实的主张。



Consent to Photograph/Record and Copyright Clearance
照片/录音及版权使用授权书

我同意永久放弃对 Cedars-Sinai 、其董事、官员、代理、代表、雇员、医师或任何其他参与上述活动的人员因上述信息或使用上述相关信息所引起的包括但不限于任何侵犯版权、侵犯隐私、公开权诽谤所产生的索赔。

通过在下方签名，我同意使用或披露本授权书中指定的任何个人肖像信息。

参与者、父母、法定监护人或代表签名

日期

☐ 照片/视频/录音的主题

☐ 父母、法定监护人或代表

如果本文档被翻译成：

翻译者签名

语言

日期