

Family Health Network

Forma de Autorización de Publicación de Fotografía

Family Health Network (FHN) puede utilizar mi foto para todas las publicaciones. FHN puede utilizar mi foto para su página Web. Yo no recibiré compensación ni otros incentivos por mi foto.

Estoy de acuerdo en que mi foto pasará a ser propiedad de FHN. Mi foto no me será devuelta. Yo autorizo a FHN para editar y publicar mi foto. FHN puede utilizar mi foto para promociones de FHN o para cualquier propósito legal. Yo no puedo aprobar el producto final (escrito o electrónico). No tengo derecho a recibir ningún dinero relacionado con el uso de mi foto.

Family Health Network está exento de cualquier reclamo, demanda, y causas de acción de mi parte o cualquier otra persona actuando en mi representación.

Tengo 18 años de edad. He leído y estoy de acuerdo con esta forma de autorización de publicación de foto.

(Firma)

(Fecha)

(Nombre, en letra de molde)

(Fecha)

Si eres menor de 18 años, uno de los padres o guardián legal debe firmar:

Yo soy el padre/madre o guardián legal de _____, y le autorizo para participar.

(Firma del(a) Padre/Madre o Guardián Legal)

(Fecha)

(Nombre del(a) Padre/Madre o Guardián Legal, en letra de molde)

