



## Einwilligung zur Fotoverwendung

Hiermit bestätige ich:

Name, Vorname, Titel

Straße, PLZ, Wohnort

für Aufnahmen, die mich am

in / bei / während (Art des Fotos, Anlass oder Umgebung)

zeigen, dass ich mit der Veröffentlichung der Aufnahmen (Fotos) einverstanden bin. Meine Einwilligung bezieht sich auf die Vervielfältigung, Verbreitung, Ausstellung und Veröffentlichung der Aufnahmen zu Zwecken der Öffentlichkeitsarbeit durch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) ohne Beschränkung des sachlichen, räumlichen oder zeitlichen Verwendungsbereichs. Die Bilder können insbesondere im Rahmen von Publikationen, Informationsbroschüren, Flyern und Mitgliederzeitschriften sowie für die Internet-Präsenz der DGIM verwendet werden.

Mit den Bildern dürfen nur die folgenden personenbezogenen Daten über mich veröffentlicht bzw. bekannt gegeben werden:

Name, Vorname, Titel

Weitere Angaben hier einfügen und damit zur Veröffentlichung freigeben:

Ich bestätige, dass ich kein Honorar für die Aufnahmen erhalten habe.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Durch eine Verweigerung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und die Löschung bzw. Vernichtung der Aufnahmen verlangen.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift