



## Einverständnis zur Nutzung meiner

**Fotos**     **Filmaufnahmen**     **Tonaufnahmen**

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass die auf

der Veranstaltung \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

gefertigten Fotos, Film- oder Tonaufnahmen von mir durch den Arbeitskreis Zahngesundheit im Kreis Herford zeitlich und räumlich unbegrenzt für Presseartikel, Filme, Reportagen oder in sonstigen Medien (z.B. Intranet- oder Internetseiten) des Arbeitskreises verwendet werden.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Der Arbeitskreis wird dann meine Fotos, Film- oder Tonaufnahmen unverzüglich löschen.

Ich werde gegen den Arbeitskreis Zahngesundheit keinerlei Ansprüche aus Anlass dieser Verwendung, insbesondere keine Ansprüche auf Vergütung, Unterlassen oder Ersatz eines materiellen bzw. immateriellen Schadens, geltend machen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten)