

**Zgoda na wykonanie i przetwarzanie zdjęć
do dokumentacji zabiegowej**

Ja, niżej podpisana, wyrażam
zgode / nie wyrażam zgody* na wykonanie zdjęć fotograficznych okolic poddanych zabiegowi
wyłącznie do celów dokumentacyjnych.

Wyrażam zgode / nie wyrażam zgody* na publikacje / przetwarzanie wykonanych zdjęć
fotograficznych okolic poddanych zabiegowi, pod warunkiem nierozpoznawalności mojej twarzy.

.....

Podpis