

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

FOTO- UND FILM (EINZEL)

VERWENDUNG
Erstellung, Speicherung, Weiterverarbeitung und öffentlichen Nutzung von Foto- und Filmaufnahmen.

KONTAKTDATEN DES VERANTWORTLICHEN
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg

KONTAKTDATEN DES DATENSCHUTZBEAUFTRAGTEN
Datenschutz@med.ovgu.de

GEGENSTAND

Foto- und Filmaufnahmen (Bild und Ton) anlässlich von Veranstaltungen oder Aktivitäten des Verantwortlichen (z. B. Messen, Feste, Aktionen, Projekte, Information über die oder Darstellung der betrieblichen, gesellschaftlichen oder sozialen Aktivitäten) zur Außendarstellung, Repräsentation, Information und/oder Werbung.

VERWENDUNGSZWECK

Die Foto- und Filmaufnahmen dienen der Universitätsmedizin Magdeburg zu Werbe-, Repräsentations- und/oder Informationszwecken. Die Veröffentlichung kann im Internet auf folgenden Medien erfolgen (bitte ankreuzen):

- Unternehmenswebseite Facebook Instagram Twitter
 Youtube XING Sonstige: _____

Des Weiteren können die erstellten Foto- und Filmaufnahmen oder Zusammenschnitte/Bearbeitungen für interne Zwecke Verwendung finden. Hierbei kann es sich um folgende Zwecke handeln (bitte ankreuzen):

- Anschauungsmaterial Lehrmaterial Aufklärungsmaterial
 Repräsentation und Außendarstellung Sonstige: _____

ERKLÄRUNG

Der Unterzeichner erklärt sein Einverständnis mit der (unentgeltlichen) Erstellung, Speicherung, Weiterverarbeitung und Verwendung der Foto- und Filmaufnahmen seiner Person, ggfs. unter Namensnennung, für die oben beschriebenen Zwecke. Eine Verwendung der Aufnahmen für andere als die beschriebenen Zwecke oder ein Inverkehrbringen durch Überlassung der Aufnahmen an Dritte zu anderen, als den o.g. Veröffentlichungszwecken, ist nicht umfasst. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass eine Online-Veröffentlichung weltweit abrufbar ist, ggf. auch in Ländern ohne ein mit dem europäischen vergleichbaren Datenschutzniveau. Eine Löschung von Veröffentlichungen im Internet ist daher im Nachhinein nicht sicher gewährleistet.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sofern keine Einwilligung erteilt wird, entstehen hieraus keine Nachteile.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Die Widerrufserklärung ist an das Universitätsklinikum Magdeburg zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bleibt bis zu diesem Zeitpunkt rechtmäßig.

Der Unterzeichner bestätigt, dass die „Allgemeinen Foto- und Filmhinweise“ als Information nach Art. 13 DSGVO zur Kenntnis genommen und/oder eine Kopie erhalten hat.

Veranstaltung: _____

Datum: _____

Aufnahmeort: _____

DATEN AUFGENOMMENE PERSON

Name: _____

Vorname: _____

Minderjährig: Ja Nein

(Ort und Datum)

(Ort und Datum)

(Unterschrift aufgenommene Person)

(Ggf. Unterschrift Vertreter(in)/Sorgeberechtigte(r))