



**ACORD PACIENT PRIVIND FILMAREA/ FOTOGRAFIEREA/  
INTERVIEWAREA  
in Centrul de Diagnostic si Tratament STAL  
Cogealac, Constanta**

Subsemnatul, ..... (numele si prenumele pacientului), cod numeric personal \_\_\_\_\_, imi exprim acordul de a fi filmat/ fotografiat/intervievat in incinta Centrului de Diagnostic si Tratament STAL in scopuri care le exclud pe cele medicale, aceasta fiind dorinta mea, pe care mi-o exprim in deplina cunostinta de cauza.

X ..... Data ...../...../.....

(semnatura pacientului care isi exprima acordul pentru filmare/ fotografiere).....

Subsemnatul, ....., medicul specialist in grija caruia se afla pacientul, sunt de acord ca acesta sa fie filmat/ fotografiat in incinta unitatii medicale, acest fapt nefiind de natura a dauna pacientului.

X ..... Data ...../...../.....

(semnatura medicului specialist care ingrijeste pacientul).....