



Media Consent Form

نموذج موافقة إعلامية

Last Update: 8 May 2022

I hereby authorize and consent that Eon Dental N.V. and or any of its subsidiaries, associates or authorized representatives ("Eon") may use the below Consented Data (as defined below) of myself or, as applicable, of the Individual named below for marketing and promotional purposes in any print, outdoor, broadcast, electronic, or social media including but not limited to brochures, booklets, pamphlets, case galleries, in-office photography, newspapers, magazines, journals, billboards, signage boards, television, websites, Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, and other outlets as developed and published by Eon, Eon Doctors and Clinics. I understand that once the Consented Data is published I or as applicable the Individual may lose control and rights, and such media outlets may assume control and rights to such Consented Data. I also understand that once any Consented Data is posted on the internet it may be altered and archived, and is permanent and searchable.

أفوض بموجب هذه الوثيقة وأوافق على أنه يجوز لايون دنتال ان في و/أو أي من فروعها أو معاونيها أو ممثليها المفوضين ("ايون") استخدام البيانات الموافق عليها أدناه (حسبما هي معرفة أدناه) الخاصة بي أو بالشخص المسمى أدناه، حسب الحال، للأغراض التسويقية والترويجية في أي وسائط مطبوعة أو خارجية أو وسيط بث أو الكتروني أو تواصل اجتماعي، بما في ذلك ودون الحصر في المنشورات والكتيبات والنشرات والعروض والصور داخل المكاتب والصحف والمجلات والمجلات المتخصصة واللوحات الإعلامية واللافتات والتلفاز والمواقع الالكترونية والفيديو والانسيتغرام و السنابنتشات والتويتير وغيرها من المنافذ حسبما يتم تطويرها ونشرها من قبل ايون وأطباء وعيادات ايون. وأتفهم أنه فور نشر البيانات الموافق عليها فإنني أنا أو الشخص المسمى، حسب الحال، قد نفقد السيطرة والحقوق، ويمكن لتلك المنافذ الإعلامية أن تتولى السيطرة على والحقوق لتلك البيانات الموافق عليها. كما أتفهم أنه بعد نشر أي بيانات موافق عليها على الانترنت، فقد يتم إجراء تغيير فيها أو أرشفتها وتصبح دائمة وقابلة للبحث عنها.

Consented Data is (check one as applicable)

البيانات الموافق عليها (ضع إشارة على واحدة منها حسبما ينطبق).

Intraoral photographs and videos only - without showing the smile, full face or disclosing the first or last name.

صور وفيديوهات لداخل الفم فقط - دون إظهار الابتسامة أو كامل الوجه أو الكشف عن الاسم الأول أو الأخير.

Smile photographs and videos only - without showing the full face or disclosing the first or last name.

صور وفيديوهات ابتسامة فقط - دون إظهار كامل الوجه أو الكشف عن الاسم الأول أو الأخير.

Full face photographs and videos - without disclosing the first or last name.

صور وفيديوهات لكامل الوجه - دون الكشف عن الاسم الأول أو الأخير.

Full face photographs and videos and the first name only - without disclosing the last name.

صور وفيديوهات لكامل الوجه والاسم الأول فقط - دون الكشف عن الاسم الأخير.

Full face photographs and videos and the full name.

صور وفيديوهات لكامل الوجه و الاسم كاملا.

I understand that all photographs, videos, and any reproductions or adaptations thereof shall be the sole and exclusive property of Eon and will not be returned to me or the Individual.

أتفهم بأن كل الصور والفيديوهات أو أي نسخ لها أو تعديلات عليها تعد ملكا حصريا وخصوصا لايون ولن يتم إعادتها إلي أو إلى الشخص المسمى.

I understand that this consent is voluntary and that my ability or as applicable the ability of the Individual to receive treatment is not conditioned on the signing of this consent.

أتفهم أن هذه الموافقة اختيارية وأن قدرتي أو قدرة الشخص المسمى حسب الحال، على الحصول على العلاج ليست مشروطة بتوقيع هذه الموافقة.

I may cancel or revoke this consent at any time by writing to legal@eonaligner.com. Such revocation shall be effective upon receipt except (i) to the extent Eon has already relied on such consent or (ii) that it may not be possible to recall or remove the Consented Data.

I understand that people may still recognize my or, as applicable, the Individual's face even if my or, as applicable, the Individual's name has not been disclosed.

I acknowledge that use of the Consented Data is without compensation. I further acknowledge that I shall not, nor authorize anyone on my behalf to, seek or obtain legal, equitable or monetary damages or remedies arising from any use of the Consented Data that complies with this authorization.

يجوز لي أن ألغي أو أنهي هذه الموافقة في أي وقت بالكتابة إلى legal@eonaligner.com يصبح ذلك الإلغاء نافذاً بعد الاستلام باستثناء (١) المقدار الذي تكون أيون قد اعتمدت عليه بموجب هذه الموافقة أو (٢) حيثما يكون من غير الممكن استرجاع أو إزالة البيانات الموافق عليها. أتفهم بأنه قد يتمكن الناس من التعرف على وجهي أو وجه الشخص المسمى، حسب الحال، حتى وإن لم يكن قد تم الكشف عن اسمي أو اسم الشخص المسمى.

أقر بأن استخدام البيانات الموافق عليها يتم دون تعويض.

كما أقر بأنني لن أطالب ولن أفوض أي شخص نيابة عني بالمطالبة في الحصول على بدل أضرار أو تعويضات قانونية أو حقوقية أو نقدية تنشأ عن أي استخدام للبيانات الموافق عليه والتي تتماشى مع هذا التفويض.

Name of Individual:

اسم الشخص:

Date of birth:

تاريخ الولادة:

Signature of patient or parent/legal guardian:

توقيع المريض أو الوالدة(ة) / الوصي القانوني:

Date of signature:

تاريخ التوقيع: