

TÉMOIGNAGE

Consentement et décharge



Je soussigné(e), _____ (*nom*) autorise Soins de santé Bayshore Ltd., ses sociétés affiliées, représentants légaux, administrateurs et dirigeants (ensemble, « **Bayshore** ») à utiliser, publier, réutiliser, republier, distribuer, diffuser ou rendre accessible au public pour toute utilisation commerciale, y compris, mais sans s’y limiter, publicité et communiqués de presse, mon ou mes témoignages et/ou ceux d’un membre de ma famille concernant mon expérience ou celle d’un membre de ma famille recevant des services de Soins de santé de Bayshore (les « **Témoignages** »), tout ou en partie, que ce soit individuellement ou collectivement avec d’autres matériels, sous toutes les formes de médias connues maintenant ou développées ultérieurement soit dans les médias imprimés, numériques, sur Internet, dans des images composites ou pour tout autre usage licite tel que déterminé par Bayshore à sa seule et exclusive discrétion, y compris l’utilisation de mon nom, de ma photographie et de tout autre information personnelle ou renseignement personnel sur ma santé que je pourrais fournir pour une telle utilisation.

De plus, je libère et décharge complètement Bayshore de toute demande ou réclamation pouvant découler de ou être autrement liée à l’utilisation des témoignages, y compris, mais sans s’y limiter, toute réclamation pour violation d’un droit de publicité, un droit à la vie privée ou à la diffamation. Je renonce également à tout droit d’approuver ou de revoir toute utilisation des Témoignages.

Cette autorisation et cette décharge s’appliqueront au bénéfice des représentants légaux, mandataires, successeurs et ayants droit de Bayshore et lieront également, mes héritiers, ayants droit et représentants légaux.

Signature

Date