



MEDIA SERVICES
Medical Photography

ADDRESSEE: _____

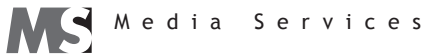
ADDRESS: _____

FAX NO. _____

NUMBER OF PAGES: _____

FROM: _____ TELEPHONE NO. _____

HSC Media Services Level 3 Room 049 Stony Brook University Stony Brook, NY 11794-8030 Tel: 631. 444. 3232 Fax: 631.444.6172



CONSENTIMIENTO A LA FOTOGRAFIA PARA LAS RELACIONES PÚBLICAS:

For additional help or questions call: 444.3232

Trabajo #: _____



Por intermedio de mi firma en este documento, autorizo al Departamento de "Fotografía Medica / Servicios Media" a tomar y utilizar fotografías que contienen mi imagen, inclusive de mi nombre, con el objeto de incluirlas en publicaciones, publicidad y/o exhibiciones. Renuncio a todo derecho que pudiese tener en tales fotografías, incluyendo pero no limitados a los derechos de dar permiso y/o determinar sus disposiciones finales.

Firma: _____ Fecha _____

Nombre de la Impresión: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha _____

Nombre de la Impresión: _____