Publicación de Fotos

Yo doy mi consentimiento para la publicación de mi fotografía(s) o video (con o sin mi nombre) a Health Sphere Wellness Centers, LLC para cualquier editorial, comercialización y promocionales, publicidad, comercio u otro propósito alguno para Health Sphere Wellness Centers, LLC.

Health Sphere Wellness centers, LLC y aquellos a los que podrán autorizar tendrán los derechos para reproducir, distribuir y mostrar públicamente, incluyendo el Internet, cualquier fotografía cubierto por esta liberación y para preparar trabajos derivados.

Yo entiendo que Health Sphere Wellness Centers, LLC no son responsables de la reproducción no autorizada o la utilización por parte de terceros en Internet o en otros medios.

Al firmar este formulario, Yo certifico que tengo el derecho exclusivo de autorizar dicha fotografía, la distribución y/ó reproducción.

Por favor, imprima:

_____
Primer nombre Segundo Nombre Apellido

_____
Dirección postal

_____
Ciudad Estado Código postal

(_____)_____-_____(_____)_____-_____
Número del trabajo Número de casa

_____
Su empleador

_____
Firma Fecha