

Marketing Consent and Release Form

AGREEMENT FOR USE OF PHOTO, VIDEO, AUDIO, AND/OR INTERVIEW

I, (patient/individual - *please print name*) _____, grant The Cooper Health System ("Cooper"), its affiliates, agents, and those authorized by Cooper, the irrevocable right to record, photograph, publish, stream, broadcast, distribute, digitize, edit, reproduce, and use my name, image, likeness, voice, biographical information, video, photograph, interview, and any statements, including personal health information regarding any illness, injury, or treatment at Cooper (collectively referred to as the "Recording"). These materials may be used in any media now known or developed in the future (e.g., print, TV, radio, social media, websites, and other digital platforms) for marketing, advertising, public relations, or other promotional purposes, without limitation, worldwide and indefinitely.

I understand that I will not receive compensation for the use of the Recording and I waive any rights to royalties or review/approval of the final materials. I release Cooper and its affiliates from any claims, including defamation, privacy violations, or infringement of rights related to the use of the Recording.

I acknowledge that this authorization and release has no expiration date, but I may revoke this authorization at any time by notifying Cooper's Communications and Marketing Department, but that Cooper may still use or disclose my information, including my health information, if it has already been used or disclosed on the basis on this authorization. I further understand that I will not have the option to review or approve materials before they are used or published, and other media outlets may reprint or rebroadcast the Recording after its release.

This Agreement is governed by the laws of New Jersey and is binding on me, my heirs, and legal representatives. I confirm that I am over the age of 18 and I have read and fully understand the terms of this Agreement (or that my parent/legal representative has read and signed on my behalf).

Signature of Consenting Patient/Person

Signature of Patient Legal Representative

Date of Signing

Recording Date(s)

For Cooper Communications and Marketing Use Only:

Marketing/event description: _____

Location/facility: _____

Person/organization taking photo/audio/video: _____

Identifying elements (e.g., woman wearing pink shirt, nurse with glasses, outside on steps, etc.):

Consentimiento de Comercialización y Formulario de liberación

ACUERDO PARA EL USO DE FOTO, VIDEO, AUDIO Y/O ENTREVISTA

Yo, (paciente /individuo - *por favor imprima el nombre*) _____, otorgo a The Cooper Health System ("Cooper"), sus afiliados, agentes y aquellos autorizados por Cooper, el derecho irrevocable de grabar, fotografiar, publicar, transmitir, emitir, distribuir, digitalizar, editar, reproducir y usar mi nombre, imagen, semejanza, voz, información biográfica, video, fotografía, entrevista y cualquier declaración, incluida información de salud personal con respecto a cualquier enfermedad, lesión o tratamiento en Cooper (denominados colectivamente la "Grabación"). Estos materiales se pueden utilizar en cualquier medio actualmente conocido o desarrollado en el futuro (por ejemplo, medios impresos, televisión, radio, redes sociales, sitios web y otras plataformas digitales) para comercialización, publicidad, relaciones públicas u otros fines promocionales, sin limitación, en todo el mundo y de forma indefinida.

Entiendo que no recibiré compensación por el uso de la Grabación y renuncio a cualquier derecho a regalías o revisión/aprobación de los materiales finales. Libero a Cooper y sus afiliados de cualquier reclamo, incluida difamación, violaciones de privacidad o infracción de derechos relacionados con el uso de la Grabación.

Yo reconozco que esta autorización y divulgación no tienen fecha de vencimiento, pero puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Departamento de Comunicaciones y Comercialización de Cooper, pero Cooper aún puede usar o divulgar mi información, incluida mi información de salud, si ya se ha utilizado o divulgado sobre la base de esta autorización. Además, entiendo que no tendré la opción de revisar o aprobar materiales antes de su uso o publicación, y que otros medios de comunicación podrán reimprimir o retransmitir la grabación después de su publicación.

Este Acuerdo se rige por las leyes de New Jersey y es vinculante para mí, mis herederos y representantes legales. Confirmando que soy mayor de 18 años y que he leído y entiendo completamente los términos de este Acuerdo (o que mi padre/representante legal ha leído y firmado en mi nombre).

Firma del paciente/persona que da su consentimiento Firma del Representante Legal del Paciente

Fecha de la firma Fecha(s) de grabación

Para uso exclusivo de Cooper Comunicaciones y Comercialización:

For Cooper Communications and Marketing Use Only:

Marketing/event description: _____

Location/facility: _____

Person/organization taking photo/audio/video: _____

Identifying elements (e.g., woman wearing pink shirt, nurse with glasses, outside on steps, etc.): _____