

עבור הסכמת המטופל לשימוש ופרסום של מידע במסגרת מוצרים ופרסומים של קבוצת ההוצאה לאור BMJ Publishing Group ("BMJ").

שם האדם המתואר במאמר/תמונה: _____

נושא התמונה/מאמר: _____

שם כתב העת: _____

מס' כתב יד: _____

כותרת המאמר: _____

מחבר מתאם: _____

אני _____ [שם פרטי ומשפחה] מסכים/ה שהמידע שהעברתי על עצמי/ילדי או בן חסותי/קרוב משפחתי [נא להקיף את התיאור המתאים] הנוגע לנושא המצוין לעיל ("המידע") יופיע בכתב העת ובפרסומים הקשורים לכתב העת.*

הריני מאשר/ת כי קראתי את החומרים שיוגשו לכתב העת ואני מסכים/ה עם ההבנות הבאות:

- (1) המידע ייצא לאור ללא פרסום שמי הפרטי וה-BMJ יעשה כל מאמץ לשמור על אלמוניותי. אולם אני מבין/ה שלא ניתן להבטיח אלמוניות מוחלטת ונתרת האפשרות שאולי מישהו איפשהו, לדוגמא אדם שטיפל בי לאחר האשפוז או קרוב משפחה, יזהה אותי.
- (2) טקסט המאמר יעבור עריכה בהתאם לכללי סגנון, דקדוק, עקביות ואורך המאמר שייקבעו על ידי כתב העת.
- (3) ייתכן שהמידע שייצא לאור יופץ בתפוצה בינלאומית.
- (4) כתב העת מיועד בעיקר לקהל רופאים/ות אבל הוא נקרא גם על ידי בעלי מקצוע נוספים כולל עיתונאים.
- (5) המידע יופיע גם באתר כתב העת שכתובתו: <http://journals.bmj.com>
- (6) ייתכן שימוש חלקי או מלא במידע במסגרת הפרסום והמוצרים שמוציא לאור ה-BMJ או ע"י מו"לים אחרים ש-BMJ מתיר להם לעשות שימוש בתוכן. זה כולל הוצאות לאור באנגלית ובתרגום לשפות שונות, בדפוס, בפורמט אלקטרוני ובכל פורמט אחר שבה ישתמש ה-BMJ או בעלי רישיון עכשיו ובעתיד. דהיינו, המידע יכול להופיע בגרסאות מקומיות של כתב העת או בכתבי עת והוצאות לאור אחרים בחו"ל.
- (7) ה-BMJ לא ירשה שימוש במידע עבור פרסומות או אריזה ו/או מחוץ להקשר.
- (8) אני יכול להסיר את אישורי בכל זמן לפני הפרסום וההוצאה לאור. עם זאת, לאחר שתינתן התחייבות לפרסום המידע, לא ניתן יהיה להסיר את האישור.

חתימה: _____ תאריך: _____