**Rechteübertragung für Foto- und Filmaufnahmen**

zwischen dem

DRK Landesverband Thüringen e.V.

und

Frau/Herr

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname, Zuname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift

Hiermit willige ich ein, dass Foto- und Filmaufnahmen, im Rahmen der Aktion „Zeitzeugen gesucht“, zum Zweck der Öffentlichkeitsarbeit des DRK Landesverbandes Thüringen e. V. (DRK), genutzt werden dürfen.

Diese Einwilligung umfasst die Übertragung sämtlicher Rechte für Nutzung und Veröffentlichung an den von mir angefertigten Aufnahmen auf das DRK.

Das DRK darf die produzierten Bilder ohne jede zeitliche, örtliche und inhaltliche Einschränkung ungeachtet der Übertragungs-, Träger- und Speichertechniken (insbesondere elektronische Bildverarbeitung) publizistisch zur Illustration und zu Werbezwecken verwenden.

Das schließt insbesondere die Veröffentlichung in Publikationen, z.B. in Broschüren und Flyern, im Internetauftritt und in sozialen Medien des DRK, sowie für die Presseberichterstattung (redaktionelle Nutzung) über das DRK mit ein.

Ansprüche auf Namensnennung bei der Veröffentlichung werden von mir nicht erhoben.

Ich bin damit einverstanden, dass die Bilder mit anderen Bildern, Texten oder Grafiken kombiniert, beschnitten, verändert oder modifiziert werden können.

Mir ist bewusst, dass mir keine Vergütung bezahlt werden muss.

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen - auch nur teilweise – schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf gilt dann für die Zukunft und nicht für bereits veröffentlichte/ verwendete Foto- und Filmaufnahmen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift

Zusatzerklärung bei Minderjährigen: Als gesetzlicher Vertreter erkläre ich hiermit mein Einverständnis mit allen Punkten der vorstehenden Vereinbarung.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters