

Формуляр за съгласие

Мигли и вежди

Име на бизнеса

ДАННИ ЗА КЛИЕНТА

Пълно име

Телефонен номер

Имейл

Дата на раждане

ПОТВЪРЖДАВАМ, ЧЕ

- ☐ Уведомих техника за очни състояния, алергии и контактни лещи.
- ☐ Препоръчаха ми тест за чувствителност преди боядисване или изсветляване.
- ☐ Ще държа очите си затворени по време на процедурата и ще кажа, ако почувствам дискомфорт.
- ☐ Получих и разбрах съветите за последваща грижа.

Съгласен съм, че могат да се правят снимки на резултата за моя запис: ☐ Да ☐ Не

Съгласен съм, че бизнесът пази информацията в този формуляр за предоставяне на услугата и за толкова дълго, колкото изисква законът. Мога да поискам да видя, коригирам или изтрия данните си по всяко време.

Подпис на клиента

Подпис на специалиста

Дата