

Formulář souhlasu

Řasy a obočí

Název firmy

DETAILY KLIENTA

Celé jméno

Telefonní číslo

E-mail

Datum narození

POTVRZUJI, ŽE

- ☐ Informoval/a jsem technika o očních problémech, alergiích a kontaktních čočkách.
- ☐ Byl mi doporučen test na alergii před tónováním nebo zesvětlením.
- ☐ Budu mít během zákroku zavřené oči a řeknu, pokud pocítím jakékoli nepohodlí.
- ☐ Obdržel/a jsem a pochopil/a pokyny pro následnou péči.

Souhlasím, že mohou být pořízeny fotografie výsledku pro mou dokumentaci: ☐ Ano ☐ Ne

Souhlasím, že podnik uchovává informace v tomto formuláři pro poskytnutí služby a po dobu, kterou vyžaduje zákon. Mohu kdykoli požádat o zobrazení, opravu nebo smazání svých údajů.

Podpis klienta

Podpis specialisty

Datum