

Formulář souhlasu

Masáž

Název firmy

DETAILY KLIENTA

Celé jméno

Telefonní číslo

E-mail

Datum narození

POTVRZUJI, ŽE

- ☐ Informoval/a jsem terapeuta o zdravotních stavech, zraněních a těhotenství.
- ☐ Během sezení řeknu, pokud je tlak nepříjemný.
- ☐ Chápu, že tato masáž není lékařským ošetřením.

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