

Samtykkeformular

Massage

Virksomhedsnavn

KLIENTOPLYSNINGER

Fulde navn

Telefonnummer

Email

Fødselsdato

JEG BEKRÆFTER, AT

- ☐ Jeg har fortalt terapeuten om helbredstilstande, skader og graviditet.
- ☐ Jeg vil sige under sessionen, hvis trykket er ubehageligt.
- ☐ Jeg forstår, at denne massage ikke er en medicinsk behandling.

Jeg accepterer, at virksomheden opbevarer oplysningerne i denne formular for at levere tjenesten og så længe loven kræver det. Jeg kan til enhver tid bede om at se, rette eller slette mine data.

Klientsignatur

Specialistens underskrift

Dato