

Einwilligungserklärung

Unternehmen

Massage

KUNDENDATEN

Vollständiger Name

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

ICH BESTÄTIGE, DASS

- ☐ Ich habe den Therapeuten über Gesundheitszustände, Verletzungen und Schwangerschaft informiert.
- ☐ Ich werde während der Sitzung Bescheid geben, wenn der Druck unangenehm ist.
- ☐ Ich verstehe, dass diese Massage keine medizinische Behandlung ist.

Ich stimme zu, dass das Unternehmen die Informationen in diesem Formular speichert, um die Dienstleistung bereitzustellen und so lange, wie es das Gesetz erfordert. Ich kann jederzeit Einsicht, Korrektur oder Löschung meiner Daten verlangen.

Unterschrift des Kunden

Unterschrift des Spezialisten

Datum