

Φόρμα συναίνεσης

Βλεφαρίδες και φρύδια

Όνομα επιχείρησης

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΛΑΤΗ

Όνοματεπώνυμο

Αριθμός τηλεφώνου

Email

Ημερομηνία γέννησης

ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ

- ☐ Έχω ενημερώσει τον τεχνικό για οφθαλμικές παθήσεις, αλλεργίες και φακούς επαφής.
- ☐ Μου προτάθηκε να κάνω δοκιμή επιθέματος πριν από τη βαφή ή την ανύψωση.
- ☐ Θα κρατήσω τα μάτια μου κλειστά κατά τη διάρκεια της διαδικασίας και θα πω αν νιώσω οποιαδήποτε ενόχληση.
- ☐ Έχω λάβει και κατανοήσει τις συμβουλές φροντίδας μετά τη θεραπεία.

Συμφωνώ να ληφθούν φωτογραφίες του αποτελέσματος για το αρχείο μου: ☐ Ναι ☐ Όχι

Συμφωνώ ότι η επιχείρηση διατηρεί τις πληροφορίες αυτής της φόρμας για την παροχή της υπηρεσίας και για όσο απαιτεί ο νόμος. Μπορώ να ζητήσω να δω, να διορθώσω ή να διαγράψω τα δεδομένα μου οποιαδήποτε στιγμή.

Υπογραφή πελάτη

Υπογραφή ειδικού

Ημερομηνία