

Φόρμα συναίνεσης

Μασάζ

Όνομα επιχείρησης

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΛΑΤΗ

Όνοματεπώνυμο

Αριθμός τηλεφώνου

Email

Ημερομηνία γέννησης

ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ

- ☐ Έχω ενημερώσει τον θεραπευτή για καταστάσεις υγείας, τραυματισμούς και εγκυμοσύνη.
- ☐ Θα πω κατά τη διάρκεια της συνεδρίας αν η πίεση είναι άβολη.
- ☐ Κατανοώ ότι αυτό το μασάζ δεν είναι ιατρική θεραπεία.

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