

Φόρμα συναίνεσης

Νύχια

Όνομα επιχείρησης

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΛΑΤΗ

Όνοματεπώνυμο

Αριθμός τηλεφώνου

Email

Ημερομηνία γέννησης

ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ

- ☐ Έχω ενημερώσει τον τεχνικό για αλλεργίες, δερματικές παθήσεις ή προβλήματα νυχιών.
- ☐ Κατανοώ ότι η αφαίρεση τζελ ή ακρυλικού στο σπίτι μπορεί να βλάψει το φυσικό νύχι.
- ☐ 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