

Φόρμα συναίνεσης

Περιποίηση δέρματος και θεραπείες προσώπου

Όνομα επιχείρησης

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΛΑΤΗ

Όνοματεπώνυμο

Αριθμός τηλεφώνου

Email

Ημερομηνία γέννησης

ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ

- ☐ Έχω δώσει ακριβείς πληροφορίες για την υγεία, τα φάρμακα και το δέρμα μου.
- ☐ Κατανοώ ότι μπορεί να εμφανιστεί ερυθρότητα ή ευαισθησία μετά από κάποιες θεραπείες.
- ☐ Θα ακολουθήσω τις συμβουλές φροντίδας μετά τη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της προστασίας από τον ήλιο.

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