

Obrazac pristanka

Masaža

Naziv tvrtke

PODACI O KLIJENTU

Puno ime

Telefonski broj

Email

Datum rođenja

POTVRĐUJEM DA

- ☐ Rekao/la sam terapeutu o zdravstvenim stanjima, ozljedama i trudnoći.
- ☐ Reći ću tijekom sesije ako je pritisak neugodan.
- ☐ Razumijem da ova masaža nije medicinski tretman.

Slažem se da poslovanje čuva informacije iz ovog obrasca kako bi pružilo uslugu i onoliko dugo koliko zakon zahtijeva. Mogu zatražiti uvid, ispravak ili brisanje svojih podataka u bilo kojem trenutku.

Potpis klijenta

Potpis stručnjaka

Datum