

Obrazac pristanka

Nokti

Naziv tvrtke

PODACI O KLIJENTU

Puno ime

Telefonski broj

Email

Datum rođenja

POTVRĐUJEM DA

- ☐ Rekao/la sam tehničaru o alergijama, kožnim stanjima ili problemima s noktima.
- ☐ Razumijem da nepravilno uklanjanje gela ili akrila kod kuće može oštetiti prirodni nokat.
- ☐ Primio/la sam i razumio/la savjete za njegu nakon tretmana.

Slažem se da se fotografije rezultata mogu snimiti za moju evidenciju: ☐ Da ☐ Ne

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