

Sutikimo forma

Odos priežiūra ir veido procedūros

Verslo pavadinimas

KLIENTO DUOMENYS

Pilnas vardas

Telefono numeris

El. paštas

Gimimo data

PATVIRTINU, KAD

- ☐ Pateikiau tikslią informaciją apie savo sveikatą, vaistus ir odą.
- ☐ Suprantu, kad po kai kurių procedūrų gali atsirasti paraudimas ar jautrumas.
- ☐ Laikysiuosi priežiūros po procedūros patarimų, įskaitant apsaugą nuo saulės.

Sutinku, kad mano rezultato nuotraukos gali būti padarytos įrašams: ☐ Taip ☐ Ne

Sutinku, kad verslas saugo informaciją iš šios formos paslaugos teikimui ir tiek, kiek reikalauja įstatymai. Galiu bet kada prašyti peržiūrėti, pataisyti ar ištrinti savo duomenis.

Kliento parašas

Specialisto parašas

Data