

Formularz zgody

Salon fryzjerski i koloryzacja

Biznes

DANE KLIENTA

Pełne imię i nazwisko

Telefon

Email

Data urodzenia

POTWIERDZAM, ŻE

- ☐ Zalecano mi test płatkowy 48 godzin przed koloryzacją, który wykonałem lub zdecydowałem się nie wykonać.
- ☐ Poinformowałem stylistę o alergiach, problemach ze skórą głowy i niedawnych zabiegach chemicznych.
- ☐ Rozumiem, że ostateczny kolor może różnić się od zdjęcia referencyjnego z powodu historii moich włosów i naturalnego koloru.
- ☐ Otrzymałem i zrozumiałem zalecenia dotyczące pielęgnacji po zabiegu.

Zgadzam się na wykonanie zdjęć rezultatu dla mojej dokumentacji: ☐ Tak ☐ Nie

Zgadzam się, aby firma przechowywała informacje zawarte w tym formularzu w celu świadczenia usługi i tak długo, jak wymaga tego prawo. Mogę w każdej chwili poprosić o wgląd, korektę lub usunięcie moich danych.

Podpis klienta

Podpis specjalisty

Data