

Formulário de consentimento

Pestanas e sobrancelhas

Nome do negócio

DETALHES DO CLIENTE

Nome completo

Número de telemóvel

Email

Data de nascimento

CONFIRMO QUE

- ☐ Informei o técnico sobre condições oculares, alergias e lentes de contacto.
- ☐ Foi-me recomendado um teste de sensibilidade antes da coloração ou descoloração.
- ☐ Mantereí os olhos fechados durante o procedimento e direi se sentir algum desconforto.
- ☐ Recebi e entendi os conselhos de cuidados posteriores.

Concordo que fotos do resultado podem ser tiradas para o meu registo: ☐ Sim ☐ Não

Concordo que o negócio mantenha a informação deste formulário para prestar o serviço e pelo tempo exigido por lei. Posso pedir para ver, corrigir ou apagar os meus dados a qualquer momento.

Assinatura do cliente

Assinatura do especialista

Data