

Formulário de consentimento

Massagem

Nome do negócio

DETALHES DO CLIENTE

Nome completo

Número de telemóvel

Email

Data de nascimento

CONFIRMO QUE

- ☐ Informe o terapeuta sobre condições de saúde, lesões e gravidez.
- ☐ Direi durante a sessão se a pressão for desconfortável.
- ☐ Entendo que esta massagem não é um tratamento médico.

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