

Formulár súhlasu

Riasy a obočie

Názov firmy

ÚDAJE KLIANTA

Celé meno

Telefónne číslo

Email

Dátum narodenia

POTVRDZUJEM, ŽE

- ☐ Informoval(a) som technika o očných problémoch, alergiách a kontaktných šošovkách.
- ☐ Odporučili mi vykonať test na alergiu pred tónovaním alebo zosvetlením.
- ☐ Počas zákroku budem mať oči zatvorené a poviem, ak pocítim akékoľvek nepohodlie.
- ☐ Dostal(a) som a pochopil(a) som pokyny na následnú starostlivosť.

Súhlasím, že môžu byť urobené fotografie výsledku pre moju evidenciu: ☐ Áno ☐ Nie

Súhlasím, že podnik uchováva informácie v tomto formulári na poskytnutie služby a tak dlho, ako to vyžaduje zákon. Môžem kedykoľvek požiadať o nahliadnutie, opravu alebo vymazanie mojich údajov.

Podpis klienta

Podpis špecialistu

Dátum