

Formulár súhlasu

Masáž

Názov firmy

ÚDAJE KLIENTA

Celé meno

Telefónne číslo

Email

Dátum narodenia

POTVRDZUJEM, ŽE

- ☐ Informoval(a) som terapeuta o zdravotných stavoch, zraneniach a tehotenstve.
- ☐ Počas sedenia poviem, ak je tlak nepríjemný.
- ☐ Chápem, že táto masáž nie je lekárske ošetrovanie.

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