

Obrazec za soglasje

Trepalnice in obrvi

Ime podjetja

PODROBNOSTI STRANKE

Polno ime

Telefonska številka

E-pošta

Datum rojstva

POTRJUJEM, DA

- ☐ Obvestil/a sem tehnika o težavah z očmi, alergijah in kontaktnih lečah.
- ☐ Priporočili so mi test obliža pred barvanjem ali posvetlitvijo.
- ☐ Med postopkom bom imel/a oči zaprte in povedal/a, če bom občutil/a nelagodje.
- ☐ Prejel/a in razumel/a sem navodila za nego po postopku.

Strinjam se, da se lahko fotografirajo rezultati za moj zapis: ☐ Da ☐ Ne

Strinjam se, da podjetje hrani informacije v tem obrazcu za zagotavljanje storitve in tako dolgo, kot zahteva zakon. Kadarkoli lahko zahtevam vpogled, popravek ali izbris svojih podatkov.

Podpis stranke

Podpis specialista

Datum