

Obrazec za soglasje

Masaža

Ime podjetja

PODROBNOSTI STRANKE

Polno ime

Telefonska številka

E-pošta

Datum rojstva

POTRJUJEM, DA

- ☐ Obvestil/a sem terapevta o zdravstvenih stanjih, poškodbah in nosečnosti.
- ☐ Med sejo bom povedal/a, če bo pritisk neudoben.
- ☐ Razumem, da ta masaža ni medicinski tretma.

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