

Obrazac saglasnosti

Masaža

Naziv firme

PODACI O KLIJENTU

Puno ime

Broj telefona

Email

Datum rođenja

POTVRĐUJEM DA

- ☐ Obavestio/la sam terapeuta o zdravstvenim stanjima, povredama i trudnoći.
- ☐ Reći ću tokom sesije ako je pritisak neudoban.
- ☐ Razumem da ova masaža nije medicinski tretman.

Slažem se da poslovanje čuva informacije iz ovog obrasca radi pružanja usluge i onoliko dugo koliko zakon zahteva. Mogu zatražiti da vidim, ispravim ili obrišem svoje podatke u bilo kom trenutku.

Potpis klijenta

Potpis specijaliste

Datum