

Obrazac saglasnosti

Nokti

Naziv firme

PODACI O KLIJENTU

Puno ime

Broj telefona

Email

Datum rođenja

POTVRĐUJEM DA

- ☐ Obavestio/la sam tehničara o alergijama, kožnim stanjima ili problemima sa noktima.
- ☐ Razumem da nepravilno uklanjanje gela ili akrila kod kuće može oštetiti prirodni nokat.
- ☐ Primio/la sam i razumeo/la savete za negu nakon tretmana.

Slažem se da se fotografije rezultata mogu snimiti za moju evidenciju: ☐ Da ☐ Ne

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