

Obrazac saglasnosti

Tetovaže i trajna šminka

Naziv firme

PODACI O KLIJENTU

Puno ime

Broj telefona

Email

Datum rođenja

POTVRĐUJEM DA

- ☐ Imam zakonsku starost za primanje ovog postupka u svojoj zemlji.
- ☐ Obavestio/la sam umetnika o zdravstvenim stanjima, lekovima i alergijama.
- ☐ Razumem da je rezultat dugotrajan i da uklanjanje može biti teško.
- ☐ Razumem proces lečenja i pratiću 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