

Samtyckesformulär

Massage

Företagsnamn

KUNDUPPGIFTER

Fullständigt namn

Telefonnummer

E-post

Födelsedatum

JAG BEKRÄFTAR ATT

- ☐ Jag har informerat terapeuten om hälsotillstånd, skador och graviditet.
- ☐ Jag kommer att säga till under sessionen om trycket är obekvämt.
- ☐ Jag förstår att denna massage inte är en medicinsk behandling.

Jag godkänner att företaget behåller informationen i detta formulär för att tillhandahålla tjänsten och så länge lagen kräver. Jag kan när som helst begära att få se, korrigera eller radera mina uppgifter.

Kundens signatur

Specialistens signatur

Datum