

Samtyckesformulär

Naglar

Företagsnamn

KUNDUPPGIFTER

Fullständigt namn

Telefonnummer

E-post

Födelsedatum

JAG BEKRÄFTAR ATT

- ☐ Jag har informerat tekniker om allergier, hudproblem eller nagelproblem.
- ☐ Jag förstår att felaktig borttagning av gel eller akryl hemma kan skada den naturliga nageln.
- ☐ Jag har fått och förstått eftervårdsråden.

Jag godkänner att foton av resultatet tas för min journal: ☐ Ja ☐ Nej

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