

Samtyckesformulär

Tatuering och permanent makeup

Företagsnamn

KUNDUPPGIFTER

Fullständigt namn

Telefonnummer

E-post

Födelsedatum

JAG BEKRÄFTAR ATT

- ☐ Jag är i laglig ålder för att få denna behandling i mitt land.
- ☐ Jag har informerat artisten om hälsotillstånd, medicinering och allergier.
- ☐ Jag förstår att resultatet är långvarigt och att borttagning kan vara svår.
- ☐ Jag förstår läkningsprocessen och kommer att följa 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