

PILLA SZOBA
SZÜLŐI / TÖRVÉNYES KÉPVISELŐI
BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Kiskorú vendég adatai

Név:

Születési dátum:

Szülő / törvényes képviselő neve:

Telefonszám:

Igénybe venni kívánt szolgáltatás

☐ Szempilla-hosszabbítás

☐ Szempilla lifting

☐ Szemöldök formázás / csipeszelés

☐ Szemöldök festés

☐ Szemöldök laminálás

☐ Egyéb: _____

NYILATKOZAT

Alulírott szülő / törvényes képviselő kijelentem, hogy a fent megnevezett kiskorú részére hozzájárulok a Pilla Szoba szépségápolási szolgáltatásának igénybevételéhez.

A szolgáltatás megkezdése előtt tájékoztatást kaptam a választott kezelés menetéről, valamint arról, hogy a szolgáltatás során előfordulhat átmeneti bőrpír, irritáció, érzékenység vagy egyéb egyéni reakció.

Tudomásul veszem, hogy a szolgáltató a vendég által előzetesen ismert vagy közölt allergiákról, érzékenységről és egyéb releváns körülményekről a szolgáltatás megkezdése előtt tájékoztatást kérhet.

Kijelentem, hogy a jelen nyilatkozatban megadott adatok a valóságnak megfelelnek, és a hozzájárulásomat önkéntesen adom.

FONTOS!

Ez a nyilatkozat általános hozzájárulási minta. A szolgáltató a saját működéséhez és az esetleges jogszabályi vagy szakmai követelményekhez igazíthatja.

Kelt:

Szülő / törvényes képviselő aláírása: