

INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIANTA STUDIA AMIBEAUTY® - prodlužování řas

Jméno a příjmení klienta:

Datum narození:.....

Telefon:.....

E-mail:.....

Uvedené údaje klient vyplní a podepíše na předtištěný formulář před zahájením procedury. Pokud klient nalezne nějakou kontraindikaci, tak jí podtrhne a domluví se s obsluhou na správném postupu ošetření.

Prodlužování řas

Kontraindikace: oční onemocnění, alergie, citlivost, a jiné onemocnění očí a oblasti očí, uvědomuji si, že podstupuji aplikaci v okolí oka a může dojít k alergické reakci, začervenání (podráždění) očí či jiným neočekávaným reakcím, v takovém případě se zavazuji okamžitě vyhledat lékařskou pomoc a následně informuji stylistku, rozumím, že existuje mnoho činitelů (růstový cyklus řas, používání kosmetických produktů a mnoho dalších, které mohou ovlivnit jak dlouho aplikované řasy vydrží, jsem srozuměna že doplnění je nutné každých 2-5 týdnů a je zpoplatněno a budu dodržovat veškeré instrukce k péči které jsem obdržela při první aplikaci.

Upozornění!! : Podobně jako u jiných přípravků se může ve zcela ojedinělých případech projevit přecitlivělost na některý z přípravků, používaných k prodloužení řas. Doporučujeme před každým prodloužením, podstoupit test citlivosti. Zkouška se provádí minimálně 48 hodin před procedurou. Nanese se velmi malé množství lepidla na zápěstí, pokud se neprojeví negativní reakce, může klient podstoupit prodlužování řas. Jsou i výjimky, kdy tento test na zápěstí, může být v pořádku a přesto může dojít u citlivých jedinců k alergické reakci na očích. Při nedodržení tohoto postupu, absolvuje klientka tuto proceduru na své vlastní riziko.

Četl (a) jsem a rozumím tomuto prohlášení a všechny mé otázky byly položeny a odpovězeny k mé spokojenosti. Potvrzuji svým podpisem, že terapii podstupuji na vlastní riziko. Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s provedením ošetření a že nemám žádnou z výše uvedených kontraindikací. V případě více ošetření, nebo jsem-li klientem na dobu neurčitou, zavazuji se o změně svého zdravotního stavu informovat ošetřující personál a v případě doporučení personálu, konzultovat některá ošetření se svým odborným lékařem.

Souhlasím se zasíláním nabídek studia AMIBEAUTY formou e-mailu - ANO / NE

Souhlasím se zasíláním informace o datu a času mého ošetření formou SMS zprávy – ANO / NE

Zakroužkujte souhlas či nesouhlas

Udělujete tímto souhlas společnosti „Amibeauty“, se sídlem: Tovární 1378/40, 400 01 Ústí nad Labem, IČ: 467 75 587, 052 52 814, 74227891 (dále jen „Správce“), aby ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon o ochraně osobních údajů“) a Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) zpracovávala výše

uvedené osobní údaje. Tyto údaje budou Správcem zpracovány po dobu deseti let.

Vezměte, prosíme, na vědomí, že podle zákona o ochraně osobních údajů máte právo:

- vzít souhlas kdykoliv zpět

- požadovat po nás informaci, jaké vaše osobní údaje zpracováváme

- požadovat po nás vysvětlení ohledně zpracování osobních údajů
- vyžádat si u nás přístup k těmto údajům a tyto nechat aktualizovat nebo opravit
- požadovat po nás výmaz těchto osobních údajů
- v případě pochybností o dodržování povinností souvisejících se zpracováním osobních údajů obrátit se na nás nebo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Jak jste se o nás dozvěděl (a)

Zakroužkujte odpověď, která Vám nejvíce vyhovuje:

- X Sám (a) na internetu, X Internetová reklama, X Reklama v novinách, X Reklama v časopisech,
X Reklama v lokální televizi, X Na doporučení známých a přátel, X Na sociálních sítích, X Reklama na autobusu

V Ústí nad Labem dne:

Podpis klienta.....