

INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIANTA

Jméno a příjmení _____

Datum narození _____

Telefon _____

E-mail _____

Prohlašuji, že jsem byl obeznámen s kontraindikacemi masáží a procedur a tyto se u mne nevyskytují, především:

- akutní infekční, horečnaté či jinak závažné onemocnění, celkově tělesná slabost
- nestabilní vysoký krevní tlak, cévně srdeční onemocnění, poruchy srdečního rytmu
- záněty kůže včetně plísňových onemocnění
- akutní zánět kloubů nebo měkkých tkání
- akutní zánět žil či min. 6 měsíců po prodělaném zánětu; bércový vřed
- pooperační stav
- ženy v období menses; těhotenství do ukončeného 1. trimestru

Alergie:

Jiná důležitá sdělení před započítím masáže:

V Olomouci dne:

Podpis klienta:

*svým podpisem nám zároveň dáváte souhlas se zpracováním Vašich údajů firmou Nutrend D.S., a.s.

Nesouhlasím se zpracováním osobních údajů pro zasílání newsletteru.