

WZÓR - NIE DRUKOWAĆ

DANE KLIENTA

NAZWISKO

IMIĘ

DATA URODZENIA

PESEL

NUMER TELEFONU

RODZAJ USŁUGI

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

dane klienta / nieletniego

Oświadczam, iż jestem osobą pełnoletnią i wszelkie informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

Zostałam/em poinformowana/y, że zabieg wykonania tatuażu/piercingu odbędzie się w sterylnych warunkach, przy użyciu jednorazowych igieł i sterylnych narzędzi, środków higieny.

Zobowiązuję się przestrzegać zaleceń pozabiegowych w celu prawidłowego gojenia. Jestem świadoma/y, że zaniechanie prawidłowego postępowania pielęgnacyjnego może doprowadzić do powikłań, infekcji, które w konsekwencji mogą trwale uszkodzić skórę lub wpłynąć na stan zdrowia.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem studia, przeciwwskazaniami, informacjami jak przygotować się usługi oraz zaleceniami jak postępować po oraz oświadczam, że jestem świadoma/y wynikających z tego ograniczeń.

podpis klienta / opiekuna prawnego

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

DOTYCZY OPIEKUNÓW OSÓB NIELETNICH

Ja (imię i nazwisko opiekuna prawnego) posiadający peselpotwierdzam, że jestem prawnym opiekunem (imię i nazwisko nieletniego) posiadającym numer pesel i wyrażam zgodę na wykonanie tatuażu / piercingu* na (część ciała) u mojego podopiecznego.

Oświadczam, że **jestem jedynym opiekunem prawnym / drugi opiekun prawny nie sprzeciwia się wykonaniu modyfikacji ciała*** nieletniego (imię i nazwisko)

Zapoznałem się z regulaminem i jestem świadomy zagrożeń i ograniczeń jakie wiążą się z przeprowadzeniem zabiegu.

Nr kontaktowy opiekuna prawnego:.....

uzupełnia klient/opiekun prawny
podpis klienta / opiekuna prawnego

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

PRZECIWWSKAZANIA BEZWGLEDNE

terapia antybiotykami (przynajmniej 14 dni przerwy)
terapia farmakologiczna przewlekła (np sterydy)
choroby układu krążenia (serce, hemofilia, nadciśnienie)
choroby skórne (bakteryjne, wirusowe, grzybicze) i alergię
blizny rozległe w trakcie przebudowy
ciąża, karmienie piersią
stany podgorączkowe
stany pooperacyjne, ekstrakcji zęba

uzupełnia się po usłudze

Oświadczam, że wykonany tatuaż/piercing został w sposób prawidłowy, zgodny z projektem oraz procedurami sanitarnymi.

.....
DATA, CZYTELNY PODPIS

Królowej Jadwigi 10
43-600 Jaworzno

☎ 579 068 755

Kościuszki 33
40-048 Katowice

☎ 737522687

f matkaciezabije

📷 matkaciezabije

ZGODA NA WYKONANIE TATUAŻU / PIERCINGU

INFORMACJE ZDROWOTNE

1. Czy chorowałaś/eś / chorujesz na schorzenie przewlekłe / narządów wewnętrznych? Jeśli tak, podaj nazwę choroby
2. Czy chorujesz na chorobę zakaźną (HIV, AIDS, WZW, BORELIOZA, GRUŻLICA, INNE)? Jeśli tak podaj nazwę choroby
3. Czy chorujesz na schorzenia skórne (TRĄDZIK, AZS, ŁZS, ŁUSZCZYCA, INNE)? Jeśli tak podaj nazwę choroby
4. Czy chorujesz na schorzenia autoimmunologiczne? Jeśli tak podaj nazwę choroby
5. Czy jesteś alergikiem? Jeśli tak, napisz na co
6. Czy jesteś pod stałą opieką poradni? Jeśli tak napisz pod jaką
7. Czy jesteś w ciąży lub karmisz piersią?
8. Czy przyjmujesz leki na stałe? Jeśli tak napisz jakie
9. Czy w ostatnim czasie przyjmowałaś/eś jakieś leki? Jeśli tak podaj nazwę i czas stosowania
10. Czy przebyłaś/eś jakieś operacje/zabiegi medyczne? Jeśli tak napisz jakie i kiedy
11. Czy masz tendencję do tworzenia keloidów lub blizn przerostowych?
12. Czy w ciągu ostatnich 24H spożywałaś/eś alkohol lub środki psychoaktywne?

uzupełnia klient/opiekun prawny

podpis klienta / opiekuna prawnego

DATA, CZYTELNY PODPIS

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z 27.04.2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem ich danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/W E (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, inaczej RODO) - Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 oraz przepisami krajowymi w zakresie ochrony danych osobowych, oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y o tym, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Studio Tatuażu Magdalena Chechelska (Matka Cię Zabije) z siedzibą ul. Królowej Jadwigi 10, 43-600 Jaworzno, NIP: 632 - 196 - 32 - 48.
2. Dane będą przetwarzane zgodnie z określonym celem i nie będą przekazywane innym administratorom danych.
3. Przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawienia, uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania oraz żądania usunięcia swoich danych osobowych.
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne do wykonania tatuażu/piercingu.

podpis klienta / opiekuna prawnego

DATA, CZYTELNY PODPIS

W myśl art. 81 ustawy o prawie autorskim i pokrewnym, zezwalam firmie Studio Tatuażu Magdalena Chechelska (Matka Cię Zabije) na nieodpłatne utrwalenie i posługiwanie się moim wizerunkiem, a w szczególności jego fragmentem, związanym z przedmiotem niniejszego oświadczenia do działań promocyjnych prowadzonych w internecie.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z regulaminem studia, przyjął/-am do wiadomości i akceptuję wszystkie zawarte w nim punkty.

podpis klienta / opiekuna prawnego

DATA, CZYTELNY PODPIS

Królowej Jadwigi 10
43-600 Jaworzno

579 068 755

Kościuszki 33
40-048 Katowice

737522687

matkaciezabije

matkaciezabije

