

ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU U OSOBY MAŁOLETNIJ

INFORMACJE O ZABIEGU	
Rodzaj (zaznacz): <input type="checkbox"/> piercing <input type="checkbox"/> bodymod <input type="checkbox"/> tatuaż	Miejsce wykonania (np. ucho, nos, pępek):
Dozwolona ilość modyfikacji (1-3) lub ich zakres:	

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO	
Imię:	Nr telefonu:
Nazwisko:	E-mail:

ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Ja, niżej podpisan_, oświadczam, że:

- jestem jedynym przedstawicielem ustawowym lub działam za zgodą drugiego przedstawiciela ustawowego;
- stan zdrowia osoby małoletniej nie wyklucza wykonania zabiegu oraz nie zataił_m żadnych istotnych informacji zdrowotnych;
- wyrażam świadomą zgodę na wykonanie wskazanego zabiegu u osoby małoletniej;
- zostałem poinformowany_ w sposób zrozumiały o: charakterze zabiegu, możliwych następstwach i powikłaniach (w tym: infekcjach, reakcjach alergicznych, bliznowaceniu), przeciwwskazaniach zdrowotnych, zasadach higieny i pielęgnacji po zabiegu;
- przyjmuję do wiadomości, że nieprzestrzeganie zaleceń pozabiegowych może skutkować powikłaniami, za które osoba wykonująca zabieg nie ponosi odpowiedzialności;
- przyjmuję do wiadomości, że zabieg ma charakter ingerencji w integralność cielesną;
- zrzekam się roszczeń wynikających z niezadowolenia estetycznego, o ile zabieg został wykonany zgodnie z procedurami;
- zobowiązuję się do niezwłocznego kontaktu z personelem studio w przypadku niepokojących objawów - brak kontaktu wyłącza odpowiedzialność studio za dalsze następstwa;
- zapoznałem się z informacjami o przetwarzaniu danych osobowych;
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych w zakresie niezbędnym do wykonania usługi;
- wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalanie i wykorzystywanie wizerunku (zdjęcia, wideo etc.) do celów marketingowych i edukacyjnych.

Podpis przedstawiciela ustawowego:

Miejscowość i data:

DANE OSOBY MAŁOLETNIJ	
Imię:	Nr telefonu:
Nazwisko:	Data urodzenia:
ZGODA OSOBY MAŁOLETNIJ (wypełniają osoby 16-18 r. ż.)	
Ja, niżej podpisan_, wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu oraz potwierdzam, że otrzymałem wszystkie niezbędne informacje na jego temat i rozumiem jego charakter oraz ryzyko.	
Podpis osoby małoletniej:	

INFORMACJE RODO	
Administratorem danych osobowych jest F-Skin 2.0 sp. z o.o. z siedzibą przy ul. 11 Listopada 7 w Kartuzach.	
Dane przetwarzane są w celu: <ul style="list-style-type: none"> • realizacji usługi, • dokumentacji zgody na zabieg, • ewentualnej obrony przed roszczeniami. 	<ul style="list-style-type: none"> • Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO. • Dane mogą być przechowywane przez okres niezbędny do zabezpieczenia roszczeń.