

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE NEZLETILÉHO

JAKO RODIČ ČI ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE NEZLETILÉ/HO SVÝM PODPISEM:

Souhlasím s porušením integrity kůže své/ho nezletilé/ho dcery/syna v podobě piercingu v piercingovém studiu ONE PIERCING.

Potvrzuji, že jsem si před provedením zásahu přečetl/a dokument "Obecná doporučení ohledně piercingu, hojení a péče" a že jsem poučení porozuměl/a.

Potvrzuji, že můj syn/dcera netrpí žádnými zdravotními obtížemi, které by mohly negativně ovlivnit aplikaci či proces hojení (nízký nebo vysoký tlak, epilepsie, diabetes, porucha imunity, porucha srážlivosti krve, alergie, infekční nemoci, žloutenka, HIV apod.).

Pokud zde nějaké obtíže či nemoci jsou, nebo pokud můj dcera/syn užívá jakékoliv léky, zavazuji se, že o nich bude piercer/ka před zákrokem informován/a. Uvědomuji si, že v opačném případě hrozí možnost zdravotních komplikací.

Zavazuji se, že dohlédnu, aby můj syn/dcera dbal/a na dodržování zásad péče o piercing (odnesete si v papírové podobě domů), a že pokud i přes jejich dodržení dojde k jakýmkoli zdravotním potížím, které by mohly být přímým důsledkem aplikace piercingu, budu neprodleně telefonicky kontaktovat studio.

Souhlasím, aby byl případný biologický odpad zlikvidován spolu s ostatním biologickým materiálem dle platných hygienických norem.

Souhlasím se zpracováním uvedených osobních údajů.

JAKO NEZLETILÝ/Á ZÁJEMCE/ZÁJEMKYNĚ O PIERCING SVÝM PODPISEM POTVRZUJI, ŽE:

SOUHLASÍM S PIERCINGEM.

SOUHLASÍM SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ.

JSEM BYL/A POUČEN/A O ZÁKROKU, MOŽNÝCH RIZICÍCH A NÁSLEDNÉ PÉČI A ŽE JSEM POUČENÍ JSEM POROZUMĚL/A.

POTVRZUJI, ŽE PIERCERKU PŘED ZÁKROKEM OBEZNÁMÍM S PŘÍPADNÝMI NEMOCEMI, ZDRAVOTNÍMI POTÍŽEMI A UŽÍVANÝMI LÉKY.

V SOUVISLOSTI S COVID-19 PROHLAŠUJI, ŽE NA SOBĚ NEPOZORUJI ŽÁDNÉ PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ A ŽE JSEM:

a) v rámci svého povolání (studia) pravidelně testován/a s výsledkem negativní

b) jsem plně očkován/a

c) prodělal/a jsem onemocnění a mám protilátky

VYPLNÍ NEZLETILÉ DÍTĚ

UMÍSTĚNÍ PIERCINGU, POČET:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

DATUM NAROZENÍ:

TELEFON:

V DNE:

PODPIS:

VYPLNÍ RODIČ

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

TELEFON:

V DNE:

PODPIS:

ONE PIERCING - MARKÉTA

+420 601 521 000

MARKETA@ONEPIERCING.CZ

One Piercing

