



Zwielicht Piercing

Einverständniserklärung

Kunde		Erziehungsberechtigter / Vormund	
Name	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Geb.Name	<input type="text"/>	Geb.Name	<input type="text"/>
Geb.Datum	<input type="text"/>	Geb.Datum	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Straße	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Tel	<input type="text"/>	Tel	<input type="text"/>
Pass-Nr	<input type="text"/>	Pass-Nr	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Allergien

Diabetes: Ja Nein | HIV: Ja Nein | Hepatitis: Ja Nein | Bluter: Ja Nein

Unverträglichkeiten

Blutverdünnende Medikamente

Art des Piercings

Ich möchte gerne über Neuheiten/ Aktionen per Email / SMS benachrichtigt werden, und erteile Zwielicht Piercing die Erlaubnis meine Daten zu speichern.

Ort/ Datum

Unterschrift Kunde

Ort/ Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter/ Vormund

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne zu Verfügung

Zwielicht Piercing
61169 Friedberg
Kaiserstraße 99

Tel. +49 6031 79196 49
Fax +49 6031 79196 50
Mail info@zwielicht-piercing.de

Oder Online unter
www.ZWIELICHT-PIERCING.de