

Müşteri Takip Formu

GÜZELLİK · TIRNAK · KIRPIK · KAŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Ad _____ Soyad _____
Doğum tarihi _____ Telefon _____
E-posta _____ Adres _____
Müşteri olduğu tarih _____ Tavsiye eden _____

CİLT VE SAĞLIK

Cilt tipi ☐ normal ☐ kuru ☐ yağlı ☐ karma ☐ hassas
Hamilelik / emzirme ☐ evet ☐ hayır
Kontakt lens ☐ evet ☐ hayır

Alerjiler _____
Kullandığı ilaçlar _____
Cilt hastalıkları _____
Diyabet / kan sulandırıcı _____

ALERJİ TESTİ

TARİH	ÜRÜN / PARTİ	SONUÇ

İSTEKLER VE NOTLAR

ONAM

Bilgilerimin işlemlerin yapılması amacıyla saklanmasını kabul ediyorum. Sağlık durumumdaki değişiklikleri merkeze bildireceğim.

☐ Kartım için önce/sonra fotoğrafı çekilebilir.

Yer, tarih _____ İmza _____

Seans Kaydı

AD SOYAD: _____

[illegible]