**АНКЕТА-ЗГОДА**

**ЗАМОВНИКА ПЕРУКАРСЬКТЇ ПОСЛУГ**

|  |  |
| --- | --- |
| місто \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_ року |

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживаю за адресою\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

з метою безпечного та якісного надання мені перукарських послуг, а саме: фарбування волосся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ підтверджую, що станом на дату підписання цієї Анкети я досягнув(-ла) повних 18 років, не маю жодних захворювань, травм і вад, які могли б перешкоджати безпечному наданню мені послуг та надаю наступні достовірні відомості та інформацію про себе:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Чи було нанесення на моє волосся наступних препаратів протягом останніх 5 років?** | | |
|  | ТАК | НІ |
| Басма |  |  |
| Хна |  |  |
| Тонік (фарбник з пігментом прямої дії, неоксидативний) |  |  |
| Відтіночні шампуні |  |  |
| Барвники антоцианіни |  |  |
| Побутові барвники |  |  |
| **Чи проводилися протягом останніх 5 років такі маніпуляції з моїм волоссям?** | | |
|  | ТАК | НІ |
| Кератинове випрямлення |  |  |
| Хімічна або Біо Завивка |  |  |
| Мелірування |  |  |
| Буффант (прикореневий об’єм) |  |  |
| Виведення чорного кольору |  |  |
| Виведення каштанового кольору |  |  |
| Виведення рудого або червоного кольору |  |  |
| **Стан здоров’я, поточні та хронічні захворювання:** | | |
|  | ТАК | НІ |
| Гормональні порушення (порушення функцій щитовидної залози) |  |  |
| Онкологічні захворювання |  |  |
| Хірургічні оперативні втручання за останні 2 роки |  |  |
| Алергічні реакції |  |  |
| хвороби печінки |  |  |
| Металічні складові в тілі (протези, скоби тощо) |  |  |
| **Прийом таких препаратів протягом останніх 8 місяців (якщо ТАК, то зазначити яких саме)** | | |
|  | ТАК | НІ |
| Гормональні препарати |  |  |
| Препарати для розрідження крові- антикоогулянти |  |  |
| Антибіотики |  |  |
| **Додаткові відомості про стан здоров’я, що може вплинути на фарбування** | | |
|  | ТАК | НІ |
| Вагітність і період до 2 років після пологів |  |  |
| Наркоз (реакція навіть після 6 місяців) |  |  |
| Різка зміна клімату протягом останніх \_\_\_\_\_годин |  |  |
| Вживання алкоголю протягом останніх 24 годин |  |  |
| Підвищена температура тіла |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

2. Своїм підписом я стверджую, що ознайомлений (-на) та погоджуюсь із інформацією про Послугу, методику та препарати, що використовуються при наданні Послуги.

3. У разі виникнення обставин, які стались внаслідок не надання мною повної та чіткої інформації про індивідуальні особливості, раніше використовувані засоби для фарбування та догляду за волоссям та у разі виникнення в мене майнового права на відшкодування збитків, моральної шкоди та/або будь-яких витрат, пов’язаних із лікуванням, відновленням психічного стану, реабілітацією тощо у зв’язку з настанням будь-якої з відкладних обставин, я, здійснюючи своє право на відмову від майнового права згідно з ч. 3 ст. 12 Цивільного кодексу України, відмовляюсь від свого майнового права на відшкодування збитків та/або моральної шкоди, будь-яких витрат, пов’язаних із лікуванням, відновленням психічного стану, реабілітацією тощо від Виконавця.

4. Відповідно до п. 6 ст. 6 та п.1.1. ст. 11 Закону України «Про захист персональних даних», надаю свою згоду на обробку (збір, зберігання, зміну, поновлення, використання та поширення (розповсюдження, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення персональних даних, зокрема відомостей про мене. Наведена вище інформація також може надаватись третім особам, безпосередньо задіяним в обробці цих даних без додаткової згоди учасника, а також в інших випадках прямо передбачених законодавством

**4. ПІДПИС**

ПІБ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_