

Karta informacyjna klienta – nutmassage.pl

Dane osobowe

Imię: _____

Nazwisko: _____

Telefon: _____

Email: _____

Zamieszkanie: _____

Dolega mi / Jestem / Posiadam:

☐ Jestem w ciąży

☐ Chroniczny ból

☐ Skaleczenie

☐ Cukrzyca

☐ Nowotwór

☐ Artretyzm

☐ Protezy

☐ Migrena

☐ Udar

☐ Wirusy (HIV, WZW B/C, HPV, HSV, inne)

☐ Dysfunkcja nerek

☐ Biorę leki: () _____

Interesuje mnie masaż:

☐ Relaksacyjny

☐ Terapeutyczny

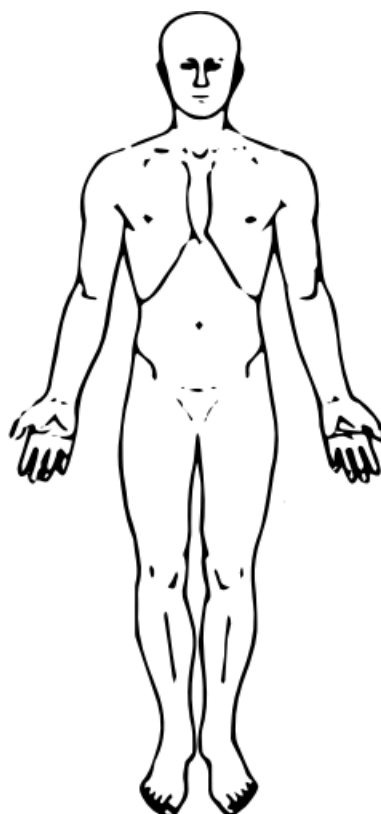
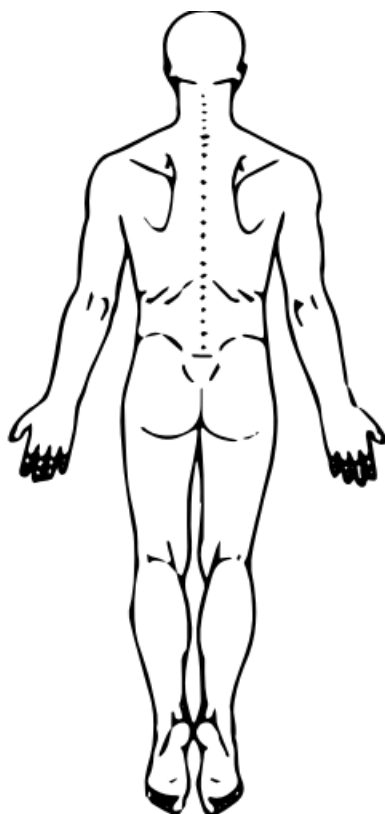
☐ Głęboki

Natężenie masażu:

☐ Delikatny

☐ Średni

☐ Mocny



☐ Chcę otrzymywać dodatkowe informacje na email

() _____