

MODULO DI ACCETTAZIONE PER CLIENTI DI CENTRI ESTETICI



LOGO DEL CENTRO ESTETICO

DATA

MEMBRO DELLO STAFF

--	--

INFORMAZIONI SUL CLIENTE

NOME		INDIRIZZO	
COGNOME			
DATA DI NASCITA			
TELEFONO DI CASA			
TELEFONO ALTERN.			
E-MAIL			

Indica le aree che vorresti migliorare.

Tra le seguenti condizioni di salute, cerchiare quelle di cui hai sofferto in passato.

artrite	problemi alla	cattiva	fratture ossee	_____	_____
anemia	vescica	circolazione	morbilli	_____	_____
tumore	dolore al torace	problemi di sinusite	epatite	_____	_____
convulsioni	pressione	asma	tubercolosi	_____	_____
ictus	sanguigna alta	indigestione	cervicale	_____	_____
emicranie	problemi ai reni	dermatite	diabete	_____	_____
osteoporosi	problema al cuore	epilessia	protesi	_____	_____

Descrivi in maggior dettaglio le condizioni di salute cerciate sopra.

INFORMAZIONI SUL PAGAMENTO

PAGAMENTO A			DATA DI PAGAMENTO	
NUMERO DI RICEVUTA			IMPORTO PAGATO	
METODO DI PAGAMENTO				
RICEVUTO DA			RICEVUTO TRAMITE	
INFORMAZIONI SUL CONTO			PERIODO DI PAGAMENTO	
SALDO CONTO	QUESTO PAGAMENTO	SALDO DOVUTO	DAL	
			AL	
PAGAMENTO PER			ALTRE INFORMAZIONI	

INFORMAZIONI SULL'ASSICURAZIONE

NOME DELLA COMPAGNIA ASSICURATIVA			DATA DI NASCITA DELL'ASSICURATO	
NOME DELL'ASSICURATO			CODICE GRUPPO	
ID FIRMATARIO			FIRMA	



LOGO DEL CENTRO ESTETICO

NOME DEL CENTRO ESTETICO | INDIRIZZO | TELEFONO | SITO WEB | SOCIAL MEDIA

DICHIARAZIONE DI NON RESPONSABILITÀ

Qualsiasi articolo, modello o informazione sono forniti da Smartsheet sul sito web solo come riferimento. Pur adoperandoci a mantenere le informazioni aggiornate e corrette, non offriamo alcuna garanzia o dichiarazione di alcun tipo, esplicita o implicita, relativamente alla completezza, l'accuratezza, l'affidabilità, l'idoneità o la disponibilità rispetto al sito web o le informazioni, gli articoli, i modelli o della relativa grafica contenuti nel sito. Qualsiasi affidamento si faccia su tali informazioni, è pertanto strettamente a proprio rischio.