**Информированное добровольное согласие Клиента об услуге по наращиванию ресниц**

Клиент (-модель) (Ф.И.О. полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данный Документ является письменным выражением моего согласия, данного мной Мастеру
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
на проведение мне услуги по наращиванию ресниц.

Мне известно, что данная услуга может быть связана как с состоянием организма Клиента, так и с лекарственными препаратами, индивидуальная непереносимость которых не регламентирована какими-либо документами.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

поставила в известность Мастера обо всех проблемах с моим здоровьем, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости.

Я ознакомлена с противопоказаниями для выполнения данной услуги, такими как:

- острые воспалительные заболевания, общие и местные, в том числе герпес на любом участке тела;
- гипертоническая болезнь в стадии декомпенсации;
- онкология, ВИЧ, гепатит;
- сахарный диабет;
- нарушение свертываемости крови;
- аутоиммунные заболевания;
- отягощенный аллергоанамнез;
- прием антибиотиков;
- употребление алкогольных напитков;
- аллергия;
- конъюнктивит или иные  заболевания /раздражения/покраснения глаз.

Я осведомлена с перечнем осложнений, которые могут возникнуть в процессе или после выполнения мне данной услуги:
- аллергическая реакция;
- конъюнктивит, зуд;
- покраснение и сильное раздражение слизистой оболочки глаз и т.д.

Я подтверждаю, что отчетливо понимаю ход и особенности предстоящих процедур по наращиванию ресниц. Я ознакомлена и получила доступную информацию, касающуюся данной услуги и условий ее получения. После завершения данной услуги никаких претензий к Мастеру и к месту ее проведения иметь не буду. Я внимательно ознакомлена с данным Документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Мне была предоставлена возможность задать все вопросы о предстоящих процедурах. Я доверяю Мастеру \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
и даю добровольное согласие на проведение процедуры по наращиванию ресниц.

Ф.И.О. (полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 ( ) год.
Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_