**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_