



KUND*INNENBLATT

Vorname:

Nachname:

Rechnungsadresse:

Geburtsdatum:

Mail:

Telefon:

Ja, ich möchte gerne über Neuigkeiten informiert werden. (alle 2 Monate ca.)

Mit meiner Unterschrift nehme ich außerdem folgendes zur Kenntnis:

- ✓ SHiATSU wird ergänzend zur ärztlichen Behandlung eingesetzt.
Über eine ärztliche/medikamentöse Behandlung halte ich meine SHiATSU-Fachfrau am aktuellen Stand. Die ärztliche Begleitung setze ich selbstverständlich fort.
- ✓ Ich erhalte SHiATSU zu 100% eigenverantwortlich. (Haftungsausschluss)
- ✓ Ich nehme folgende Stornoregelung zur Kenntnis:

Absage, früher als 48h vor Termin:	kostenfrei
Absage, 48-24h vor Termin:	50%
Absage, später als 24h vor Termin:	100%
- ✓ Meine Daten werden höchst vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift