



# Akago Systems Incorporated

## Wniosek o Personalizowaną Augmentację Cybernetyczną

### Dane Personalne Klienta

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Data urodzenia:

Płeć:

☐

mężczyzna

☐

kobieta

☐

inna

Numer identyfikacyjny:

### Dane Dotyczące Augmentacji

Rodzaj augmentacji:

Cel augmentacji:

Osobiste preferencje estetyczne:

Dodatkowe opcje:

### Preferencje i Wymagania

Termin instalacji:

Preferowana placówka:

Dodatkowe wymagania:

# Informacje Medyczne

Grupa krwi:

Historia chorób:

Choroba/Schorzenie	Data rozpoznania	Leczenie	Aktualny status

Historia Augmentacji:

Rodzaj augmentacji	Producent	Data instalacji	Numer seryjny

Lista aktualnie przyjmowanych leków:

Nazwa leku	Dawka	Częstotliwość	Uwagi

## Zgody i oświadczenia

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Akagi Systems Incorporated w celu realizacji zamówienia na personalizowany wszczep oraz przeprowadzenia procedury instalacji augmentacji

☐ tak

☐ nie

Zgoda na przeprowadzenie instalacji wszczepu:

Zgadzam się na przeprowadzenie procedury instalacji wszczepu przez Akagi Systems Incorporated. Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem instalacji augmentacji oraz zasadami bezpieczeństwa. Akceptuję wszystkie warunki użytkowania, serwisowania oraz ewentualnych aktualizacji technologii związanych z wszczepem.

☐ tak

☐ nie

\_\_\_\_\_  
Data złożenia wniosku

\_\_\_\_\_  
Podpis klienta