



Akago Systems Incorporated

Wniosek o Personalizowaną Augmentację Cybernetyczną

Dane Personalne Klienta

Imię i nazwisko:

Lena Śliwińska

Adres zamieszkania:

Ulica Bielawska, 63-096
Lublin

Numer telefonu:

574416167

Adres e-mail:

lenasli@wp.pl

Data urodzenia:

1937-07-15

Płeć:

☐

mężczyzna

☒

kobieta

☐

inna

Numer identyfikacyjny:

37071505705

Dane Dotyczące Augmentacji

Rodzaj augmentacji:

Wzmacniacz wzroku

Cel augmentacji:

Zwiększenie zdolności widzenia w ciemności

Osobiste preferencje estetyczne:

Matowe wykończenie, kolor czarny

Dodatkowe opcje:

System powiadomień w trybie AR

Jakaś druga opcja

Preferencje i Wymagania

Termin instalacji:

2024-12-01

Preferowana placówka:

Akagi Systems, ul. Technologiczna 5, Warszawa

Dodatkowe wymagania:

Umożliwienie aktualizacji oprogramowania zdalnie

Informacje Medyczne

Grupa krwi:

A+

Historia chorób:

Choroba/Schorzenie	Data rozpoznania	Leczenie	Aktualny status
Astma	2015-03-20	Inhalatory	Stabilna
Jakaś inna	wcześniej	tabletki	Wyleczona

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