



## Wniosek o Personalizowaną Augmentację Cybernetyczną

### Dane Personalne Klienta

Imię i nazwisko:	John Doe
Adres zamieszkania:	123 Main St, Springfield
Numer telefonu:	john.doe@example.com
Data urodzenia:	1990-05-15
Płeć:	Male
Numer identyfikacyjny:	123456789

### Dane Dotyczące Augmentacji

Rodzaj augmentacji:	Hip Replacement
Cel augmentacji:	Medical
Osobiste preferencje estetyczne:	Natural
Termin instalacji:	2024-12-01
Preferowana placówka:	Springfield Medical Center

### Informacje Medyczne

Grupa krwi:	O
RH:	+
Historia chorób:	No known allergies
Historia Augmentacji:	None
Aktualne leki:	Ibuprofen

### Zgody i oświadczenia

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:	Tak
Zgoda na instalację wszczepu:	Tak

Zgoda na marketing:

Nie