

# THÔNG TIN KHÁCH HÀNG



0966 342 988 (Thu Thảo)



277 BÌNH ĐÔNG – PHƯỜNG 14 – QUẬN 8

TVX: .....

## THÔNG TIN KHÁCH HÀNG

Bên A: **SỬA BEAUTY**

Địa chỉ: 277 Bình Đông – Phường 14 – Quận 8 – TP.HCM

Điện thoại: 0966 342 988

Chúng tôi lập biên bản thỏa thuận này với nội dung như sau:

Bên A sẽ phun xăm, chỉnh sửa cho bên B và theo yêu cầu mong muốn của bên B.

Bên B: **KHÁCH HÀNG**

Họ và tên: ..... SN: .....

Địa chỉ: ..... ĐT: .....

*Anh/ Chị biết SỬA BEAUTY qua đâu?*

.....

Dịch vụ: .....

Màu phun/ xử lý: .....

Giá tiền: .....

Có Không

### TIỀN SỬ BỆNH LÝ

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Anh/Chị có bệnh tim mạch không?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Anh/Chị có tiền sử bị dị ứng hay kích ứng da không?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Anh/Chị có điều trị hóa học trong thời gian gần đây không?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Anh/Chị có từng sử dụng kem trộn, chất tẩy lột nào trước đây không? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Anh/Chị có đang mang thai hoặc cho con bú không?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Anh/Chị có bị tiểu đường không?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Anh/Chị có bị viêm gan A, B, C, D không?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Anh/Chị có vấn đề về làm lành vết thương không?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Anh/Chị có bị giời leo (virus Herpes) không?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Nếu trường hợp chân mày khách do khung xương không đều, biểu cảm cơ mặt quá nhạy cảm, khách hàng được chuyên viên giải thích và ký cam kết trong việc cân đo form chân mày không thực tế tuyệt đối 100%

11. Ý kiến của khách hàng: .....

Tôi đã đọc và được tư vấn trước khi làm. Tôi cam đoan những thông tin về tiền sử bệnh lý do tôi cung cấp bên trên hoàn toàn là đúng sự thật. Tôi sẽ chịu hoàn toàn trách nhiệm nếu cung cấp thông tin không đúng làm ảnh hưởng quá trình trong và sau khi xăm phun.

Ngày ...../...../20....

**Người thực hiện**

(Ký tên)

**Khách hàng**

(Ký, ghi rõ họ tên)