Karta klienta

Salon kosmetyczny

Imię i nazwisko

Telefon

E-mail

Data urodzin (opcjonalnie)

Typ skóry

Przypomnienia o wizytach przez ☐ E-mail ☐ SMS

Alergie i nietolerancje

Wyrażam zgodę na zapisanie moich informacji o alergiach i nietolerancjach na potrzeby wykonywanych u mnie zabiegów. Mogę tę zgodę w każdej chwili wycofać.

Data, podpis

Notatki

Historia wizyt

Data	Usługa	Produkty	Stan skóry, reakcja	Kto

Salon Wizard
salon-wizard.com
Więcej swobody dla Twojego talentu.
Pusty szablon - przed użyciem dostosuj go do swojego studia.