**ZGODA NA WYKONANIE TATUAŻU**

Imię i nazwisko:.......................................................................

Data urodzenia: ......................................................................

Pesel:......................................................................................

Telefon:.....................................................................................

Oświadczam, iż jestem osobą pełnoletnią i wszelkie informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą. Zabieg wykonania tatuażu odbędzie się w sterylnych warunkach, z użyciem jednorazowych igieł, środków higieny, sterylnych narzędzi, z czym zostałem/-am zapoznany/-a, potwierdzam, iż zapoznałem/-am się, zrozumiałem/-am i otrzymałem/-am instrukcję postępowania po zabiegu. Zobowiązuję się postępować zgodnie ze wskazówkami zawartymi w w/w instrukcji dotyczącej postępowania (pielęgnacji) nowo wytatuowanych miejsc na ciele. Jestem świadomy/-a, że zaniechanie prawidłowego postępowania pielęgnacyjnego może doprowadzić do powikłań oraz infekcji nowo wytatuowanych miejsc na ciele, które w konsekwencji mogą trwale uszkodzić skórę i tatuaż.

Informujemy, że dane mogą być przekazane pracownikom Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub innym służbom kryzysowym oraz przekazać informacje na temat podstawy prawnej, celu i czasu przetwarzania danych (art. 9 ust. 2 lit. i RODO: „przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z interesem publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego, takich jak ochrona przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi lub zapewnienie wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej oraz produktów leczniczych lub wyrobów medycznych, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które przewidują odpowiednie, konkretne środki ochrony praw i wolności osób, których dane dotyczą, w szczególności tajemnicę zawodową”).

**INFORMACJE ZDROWOTNE**

Proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi umieszczają ją w kółku:

1. Czy choruje Pan/Pani na:

* WZW (Wirusowe Zapalenie Wątroby)? TAK / NIE
* HIV? TAK / NIE
* Cukrzycę? TAK / NIE
* Choroby serca? TAK / NIE
* Choroby układu krążenia- nadciśnienie, niekrzepliwość krwi itp? TAK / NIE
* Choroby dermatologiczne-łuszczycę itp? TAK / NIE
* Choroby neurologiczne- np. padaczkę? TAK / NIE

2. Czy w ostatnim czasie była wykonywana iniekcja pobierania krwi? TAK / NIE

3. Czy jest Pan/Pani alergikiem? TAK / NIE

4. Czy jest Pan/Pani pod stałą opieką poradni specjalistycznej? TAK / NIE

5. Czy bierze Pan/Pani leki rozrzedzają krew? TAK / NIE

**PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA TATUAŻU:**

* leczenie antybiotykowe, długie kuracje farmakologiczne silnymi lekami m.in. sterydami,
* choroby serca, nadciśnienie krwi,
* hemofilia, skłonności do przedłużonego krwawienia, niekrzepliwość krwi,
* choroby skórne, alergie skórne,
* rozległe blizny będące jeszcze w trakcie gojenia,
* ciąża,
* stany pooperacyjne, podgorączkowe itp.,
* w przypadku nosicieli wirusa HIV i Hepatitis B konieczność poinformowania tatuatora!

Przed wykonaniem procedury udzieliłem/-am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które zostały mi zadane odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz uczuleń. Uzyskane dane są poufne.

Informacje przekazane w formularzach są w pełni jasne i zrozumiałe.

Przed zabiegiem miałem/-am możliwość zadawania pytań.

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM/-AM SIĘ Z POWYŻSZYM TEKSTEM I WYRAŻAM ŚWIADOMĄ ZGODĘ NA WYKONANIE ZABIEGU.

NINIEJSZY DOKUMENT JEST WAŻNY PRAWNIE I STANOWI ZGODĘ NA WYKONANIE ZABIEGU.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Data i miejscowość*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *Podpis*

**DOPEŁNIENIE OBOWIĄZNKU INFORMACYJNEGO W ZAKRESIE REALIZACJI UMOWY:**

Administratorem Pani/a danych osobowych jest: ……………………………………………………
 *(nazwa i adres studia, oraz imię i nazwisko właściciela)*

1. Administrator przetwarza dane osobowe w celu: realizacji umowy (wykonania usługi).

2. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest realizacja umowy.

3. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres trwania umowy, a po jego zakończeniu przez czas wynikający z obowiązujących przepisów prawa lub do czasu przedawnienia roszczeń.

4. Odbiorcami danych osobowych będą: podmioty zewnętrzne dostarczające i wspierające systemy teleinformatyczne Administratora, świadczące usługi związane z bieżącą działalnością Administratora, w tym w celu umawiania wizyt – na mocy stosownych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz przy zapewnieniu stosowania przez ww. podmioty adekwatnych środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę danych.

5. Pani/Pana dane osobowe mogą podlegać profilowaniu.

6. Każdej osobie, której dane są przetwarzane, w zakresie wynikającym z przepisów prawa, przysługuje prawo dostępu do swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

7. Przysługuje Pani/u prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Data i miejscowość*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *Podpis*

 **ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU:**

Ja, niżej podpisany/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalenie mojego wizerunku w formie fotografii przez reprezentanta firmy *(nazwa studia)*. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalenie i powielenie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium w dowolnym celu zgodnym z obowiązującym prawem, włączając w to publikację w folderach, publikacjach elektronicznych, stronach internetowych, konkursach, fanpage’ach etc. Jednocześnie zrzekam się praw związanych z kontrolą i zatwierdzaniem każdorazowego wykorzystania fotografii z moim wizerunkiem.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Data i miejscowość*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *Podpis*

Oświadczam, że w całości przeczytałem/am treść powyższych zgód, wyrażam zgodę dobrowolnie i w pełni je rozumiem.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Data i miejscowość*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *Podpis*