

# Einverständniserklärung der Eltern/Erziehungsberechtigten

Nails St. Gallen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## Erziehungsberechtigte(r)

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Beziehung zum Kind: \_\_\_\_\_

Adresse (falls abweichend vom Kind): \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_, als Erziehungsberechtigte(r) des oben genannten Kindes, dass ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) für die Zahnsteinbehandlung bei Nails St. Gallen gelesen und verstanden habe und mit der Durchführung der Behandlung einverstanden bin.

Ich bestätige, dass ich über alle relevanten Informationen bezüglich der Behandlung und der möglichen Risiken aufgeklärt wurde und die Verantwortung für das Einverständnis meines Kindes zur Behandlung trage.

Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass das oben genannte Kind bei Nails St. Gallen die Zahnsteinbehandlung durchführen lässt, und übernehme die Verantwortung für mögliche gesundheitliche Risiken und eventuelle Haftungsansprüche.

Sollte der Termin ohne rechtzeitige Absage (mindestens 24 Stunden im Voraus) nicht wahrgenommen werden, behält sich Nails St. Gallen das Recht vor, den bereits vorausbezahlten Betrag einzubehalten.

Falls die Ausfallgebühr nicht innerhalb von 7 Tagen beglichen wird, werde ich als Erziehungsberechtigte(r) des Kindes kontaktiert und zur Zahlung aufgefordert.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_