

KINDER - DATENBLATT

Nachname	Vorname
Geburtsdatum	Gesetzlicher Vertreter
Straße, Hausnummer	E-Mail
PLZ, Ort	Telefon

Grund des Besuches

EINWILLIGUNG ZUR BEHANDLUNG UND DATENVERARBEITUNG

Die von mir zur Verfügung gestellten Daten entsprechen der Wahrheit und wurden von mir nach bestem Wissen ausgefüllt. Ich akzeptiere die Stornierungsregeln. Ich bin mit der manuellen Behandlung meines Kindes durch Herrn Mag. Florian Lassnig, BSc, DO einverstanden.

Unterschrift	Datum
--------------	-------

STORNIERUNGSREGELN: Ich kann die Behandlung online, telefonisch, per E-Mail oder persönlich bis zu 24 Stunden vor dem Termin stornieren. Bei einer Stornierungsbenachrichtigung innerhalb von 24 Stunden können 50% des Betrages fällig werden. Versäumte Termine ohne jegliche Benachrichtigung werden für den vollen Betrag in Rechnung gestellt. Außerordentliche oder unvorhersehbare Umstände werden berücksichtigt und sind von dieser Regel ausgenommen.