



*Silhouette
Spa*

CONSENTIMIENTO FOTOGRÁFICO

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías ANTES, DURANTE y DESPUÉS de mi procedimiento. Acepto que estos se almacenen con el archivo de mi caso.

SI _____.

NO _____

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías ANTES DURANTE Y DESPUÉS de mi procedimiento y sean usadas exclusivamente como referencia en los sitios web y redes sociales de SILHOUETTE SPA

SI _____.

NO _____

NOMBRE COMPLETO : _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

