

# SAKKARA Body-Art Vertrag

Name:	e-Mail:
Vorname:	Piercing/ Motiv/ Körperstelle:
Straße:	Uhrzeit:
Wohnort:	Termin:
Telefon:	Anzahlung:
Geburtsdatum:	Gesamtpreis:

**Bitte lesen Sie unsere Geschäftsbedingungen SORGFÄLTIG durch und beachten Sie bitte, dass alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht werden müssen!**

- 1) **SAKKARA BODYART** bedient nur Kunden, die das 18. Lebensjahr vollendet haben oder beim Piercen ab dem 12. Lebensjahr, bei Tattoo ab 17 Jahren eine **Einverständniserklärung eines Erziehungsberechtigten** sowie einen Ausweis vorgelegt haben. In manchen Fällen besteht SAKKARA BODYART darauf, dass der Erziehungsberechtigte zum Termin mit erscheint.
- 2) **SAKKARA BODYART** arbeitet nicht an Kunden, die unter Alkohol, Drogen oder Medikamenten stehen. Angaben darüber hat der Kunde zu machen.
- 3) **SAKKARA BODYART** bedient keine Kunden, die nicht zu ihrer **eigenen Sicherheit** Angaben über Erkrankungen machen, z.B.: HIV / Aids, Bluter, Epilepsie, Herz-Kreislaufkrankungen oder -schwächen, Diabetes oder die zu Blutungen neigen auf Grund Antikoagulation / gerinnungshemmende Medikamente z.B. ( Marcumar®).
- 4) **SAKKARA BODYART** übernimmt keine Haftung für Schäden, die während des Piercens, Tätowierens und danach am Kunden und seinem Körper entstehen können, z.B. Allergien, Entzündungen, Erkrankungen jeglicher Art. Sollten irgendwelche Komplikationen oder Erkrankungen auftreten, so entlastet der Kunde den Piercer & Tätowierer mit seiner Unterschrift jeglicher rechtlicher Ansprüche (Schadensersatz, Schmerzensgeld, ärztliche Rechnungen oder dergleichen).
- 5) Ich erkläre mich einverstanden, sterilen Piercingschmuck eingesetzt zu bekommen und bei Nichterscheinen des Termins ohne Abmeldung wird die Anzahlung nicht zurück erstattet.
- 6) Ich erkläre hiermit, das Merkheft „ Piercing“ erhalten zu haben.

- a) Sind Sie Diabetiker / in
- b) Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente
- c) Nehmen Sie andere Medikamente (Ausnahme Antibaby-Pille)
- d) Leiden Sie an Allergien
- e) Leiden Sie an Hepatitis, HIV, Epilepsie oder Hämophilie
- f) Haben Sie gelegentlich Kreislaufprobleme  
(z.B. beim ärztlicher Blutabnahme)

<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

**Sollte bereits EINE FRAGE mit JA angekreuzt sein, machen Sie darüber bitte auf der Rückseite dieser Geschäftsbedingungen handschriftliche Angaben!**

- 7) Ich bin damit einverstanden, dass meine oben genannten Daten in einer Kundenkartei geführt

werden und bin damit einverstanden, ausschließlich einen Newsletter per e-Mail zu erhalten.

ja  nein

**Personenbezogene Daten werden nicht an Dritte weitergegeben!**

**Meine Unterschrift bestätigt, dass ich die Geschäftsbedingungen gelesen, verstanden und aus freier Entscheidung akzeptiert habe. Weiterhin entbinde ich den Piercer, Tätowierer mit meiner Unterschrift jeglicher Verantwortung und entlaste ihn von allen rechtlichen Ansprüchen.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_