

Фамилия _____	Имя _____	Дата рождения ____.
Телефон: +7 () _____	Email: _____	(далее Клиент)
Ваш Авторизованный Дилер		
Продавец: _____		

Пожалуйста прочитайте и подтвердите следующее:

1. У меня нет аллергии на латекс, стоматологические бонды и на клей.
2. Зуб, который я выбрал(а) для украшения кристаллами или ювелирными украшениями не имеет трещин, сколов или отверстий, не поврежден и не требует лечения, не протез, коронка или венир.
3. Я понимаю что украшения для зубов временные и могут оставаться на месте от одной недели до шести месяцев, но не более одного года.
4. Мне больше 16 лет.

После процедуры

- Не ешьте и не пейте в течении 30 минут после процедуры.
- Когда Вы чистите зубы, уделяйте повышенное внимание к зубу на котором находится украшение.
- Не отрывайте кристалл острыми предметами, только при помощи зубной нити движениями вниз от десен.

(подпись Клиента)