

Inschrijfformulier Whole Body Cryotherapie

Naam *: _____

E-mail *: _____

Adres *: _____

Postcode *: _____

Woonplaats *: _____

Leeftijd *: _____

Geslacht *: Man Vrouw Anders

Lengte (in cm) *: _____

Telefoonnummer *: _____

Ik heb gelezen en bevestig dat ik GEEN van de contra-indicaties heb of gehad heb. *

DOOR DEZE OVEREENKOMST TE ONDERTEKENEN, ERKENT EN VERKLAART DAT ik ten minste achttien (18) jaar oud en juridisch bevoegd ben; Verder ga ik ermee akkoord dat ik alle instructies over het gebruik van de apparatuur zal naleven en dat ik deze diensten op mijn eigen risico gebruik. *

* is verplicht

