

Einwilligung zum Ohrlochstechen

Hiermit bestätige Ich, dass _____ (Name, Vorname, Geburtsdatum).

Ein Ohrloch

Helixpiercing stechen darf. (bitte entsprechendes Ankreuzen)

Bitte Ausweis zum Stechen mitbringen.

Unterschrift gesetzlicher Vertreter: _____

Vorname/ Name in Blockschrift: _____

Bitte Kopie eines amtlichen Ausweises beilegen.



**Einsiedler
Apotheke Drogerie**

im Migros-Markt
CH-8840 Einsiedeln

www.einsiedlerapotheke.ch

Telefon 055 412 83 83

Telefax 055 412 83 84

info@einsiedlerapotheke.ch