

## PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES NO SANITARIOS

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, con DNI número \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_, número de teléfono \_\_\_\_\_ y e-mail \_\_\_\_\_; en calidad de cliente

### DECLARO

Que Don/Dña. \_\_\_\_\_ actuando como responsable del Centro o Gabinete de Terapias Naturales: \_\_\_\_\_ con sede en \_\_\_\_\_ me ha informado/a correctamente sobre los siguientes aspectos:

- a) La naturaleza no sanitaria de las terapias naturales y no convencionales y, específicamente de la técnica de \_\_\_\_\_; así como de la utilidad y los beneficios físicos y/o psíquicos que pueden derivarse de la aplicación de estos procedimientos, como medio para mejorar mi bienestar personal.
- b) Los beneficios físicos y/o psíquicos que pueden derivarse de la utilización y prestación de los servicios propuestos al depender de múltiples factores y variables no pueden garantizarse absolutamente en todos los casos.

Asimismo, declaro que la utilización de los servicios no sanitarios de \_\_\_\_\_ no sustituyen ni excluyen la atención o el tratamiento médico o farmacológico prescrito por profesionales sanitarios, de manera que la aceptación de los servicios propuestos es una decisión voluntaria, libre y responsable.

Por otra parte, declaro que he podido consultar todas mis dudas e inquietudes antes de iniciar cualquier sesión y se me ha explicado con detalle los principios, fundamentos, objetivos y finalidad de las técnicas incluidas en el procedimiento más aconsejable en mis circunstancias personales; los efectos razonablemente esperables y los costes económicos que devienen de la prestación de los servicios, cuestiones que considero han quedado satisfactoriamente resueltas, sin tener ninguna otra duda que limite al alcance de esta aceptación.

Lo que en prueba de conformidad, firmo en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Por el Centro

\_\_\_\_\_  
Por el Cliente

## AUTORIZACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR

La presente aceptación de servicios profesionales no sanitarios de \_\_\_\_\_ se realiza en nombre del/de la menor de edad \_\_\_\_\_ de quien soy responsable legal con plenos derechos y deberes sobre el/la mismo/a, en calidad de \_\_\_\_\_, lo que acredito documentalmente con exhibición de \_\_\_\_\_ y por considerar que resulta beneficioso para él/ella.

Firma: \_\_\_\_\_

Conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y su normativa de desarrollo, le informamos que sus datos personales serán incluidos en un fichero de "Clientes" de titularidad del centro con denominación jurídica \_\_\_\_\_ con la finalidad de mantener la relación profesional con Ud., prestarle los servicios propios de nuestra actividad y remitirle información de interés sobre nuevos productos/servicios.

Si lo desea, puede ejercer en cualquier momento su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales, dirigiéndose a la dirección \_\_\_\_\_, o enviando un correo electrónico a: \_\_\_\_\_ indicando en el asunto la palabra "baja".

Si no desea recibir información comercial sobre nuevos productos o servicios marque esta casilla:

Conforme: (Nombre y DNI) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_