



Dr. Bugris Valéria /ValidFood/

Nyilatkozat

- tanácsadás és állapotfelmérés -

A résztvevő adatai

Név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Email-cím:

Telefonszám:

Számlázási cím:

Résztvevői nyilatkozat

Kijelentem, hogy Dr. Bugris Valéria (ValidFood), Fibonacci és Fontanus szolgáltatásait igénybe kívánom venni. Hozzájárulok az állapotfelmérés elvégzéséhez.

Egészségügyi állapot: Fizikailag és egészségügyileg a táplálkozási tanácsadásra alkalmas állapotban vagyok. A részvételt befolyásoló, eszméletvesztéssel, rosszulléttel járó betegségemről nincs tudomásom. Nem állok alkohol vagy bódultságot, egyensúlyzavart előidéző szerek (gyógyszerek) hatása alatt.

Önkéntesség: Kijelentem, hogy Dr. Bugris Valéria (ValidFood) állapotfelméréssel, illetve tanácsadással kapcsolatosan teljes körű tájékoztatást kaptam, azon saját felelősségemre részt kívánok venni. Tudomásul veszem, hogy az elhangzott tanácsok nem orvosi tanácsok, nem pótolják az orvosi vizsgálatokat, javaslatokat. Az állapotfelmérés és táplálkozási tanácsadás egészségügyi diagnózisnak vagy orvostudományi kutatásnak nem minősül.

A fent megadott, valamint a felmérés során megadandó adatok a valóságnak megfelelnek. Minden, a felméréshez, illetve tanácsadáshoz kapcsolódó, általam ismert adatot átadok. A vonatkozó adatkezelési tájékoztatót megkaptam, tartalmát maradéktalanul megismertem, az abban foglaltakat megértettem. Elfogadom a részvétel feltételeit. Hozzájárulok ahhoz, hogy Dr. Bugris Valéria (ValidFood) és a Fontanus Központ Kft. az adataimat az adatkezelési tájékoztatóban foglaltak szerint kezelje.

Kelt: Szeged, 2025.

_____ Résztvevő aláírása