
Nom du Proposant

Fournir le pourcentage de revenu brut de votre entreprise de la dernière période d'exercice financier précédent attribuable aux suivants:

Peeling à l'acide/l'acide glycolique	_____	Scarification	_____
	Pourcentage		Pourcentage
Concentration de la solution en pourcentage	_____	Traitement des acrochordons	_____
			Pourcentage
Enveloppement	_____	Bronzage en spray - Manuel	_____
	Pourcentage		Pourcentage
Injection de Botox, Restylane, Collagène	_____	Bronzage en spray - Cabine	_____
	Pourcentage		Pourcentage
Traitement anti-cellulite	_____	Traitement des varicosités	_____
	Pourcentage		Pourcentage
Régime alimentaire/Nutrition	_____	Bronzage - Cabine	_____
	Pourcentage		Pourcentage
Sauna de chaleur sèche	_____	Tatouage - Henna	_____
	Pourcentage		Pourcentage
Chandelle auriculaire	_____	Tatouage - Autre	_____
	Pourcentage		Pourcentage
Teinture de sourcils	_____	Effacement de tatouages	_____
	Pourcentage		Pourcentage
Permanent des cils et Recourbé-cils	_____	Épilation au sucre	_____
	Pourcentage		Pourcentage
Soins du visage	_____	Complément amaigrissant	_____
	Pourcentage		Pourcentage
Coiffure	_____	Perte de poids par d'autre méthode **	_____
	Pourcentage		Pourcentage
Désintoxication ionique pour les pieds	_____	Autre	_____
	Pourcentage	Décrire	Pourcentage
Épilation par laser	_____		
	Pourcentage		
Maquillage non-permanent	_____		
	Pourcentage		
Pédicure/Manucure	_____		
	Pourcentage		
Massage	_____		
Type	Pourcentage		
Micro-pigmentation	_____		
	Pourcentage		
Ablation de grains de beauté	_____		
	Pourcentage		
Bar à oxygène	_____		
	Pourcentage		
Perçage - Oreilles/Nez	_____		
	Pourcentage		
Perçage - Autre qu'oreilles/nez **	_____		
	Pourcentage		

TOTAL devrait être 100%

**** S'il vous plaît préciser**

Fournir les renseignements sur les matériels suivants qui sont utilisés :

	# d'unités	Type de minuterie (numérique, pièce de monnaie, jeton, etc.)
AIRBRUSH		
LITS		
CABINES		
CABINES PAR VAPORISATION		
LITS DE BRONZAGE		
CABINES DE BRONZAGE		
AUTRE (décrire)		

Recueillez-vous et discutez-vous les informations sanitaires du client?

Oui Non

Si oui, combien de temps conservez-vous les renseignements dans vos dossiers?

Est-ce qu'une renonciation est signée, datée et conservé au dossier?

Oui Non

Si oui, s'il vous plaît fournir une copie

Offrez-vous les massages pour les nourrissons?

Oui Non

Si oui, s'il vous plaît fournir les détails complets

Utilisez-vous les services des consultants médicaux et/ou des médecins?

Oui Non

Si oui, vérifiez-vous s'ils ont obtenu les licences appropriées?

Oui Non

Si non, s'il vous plaît expliquer la raison:

Quel est le pourcentage approximatif de facturations sont attribuable aux consultants médicaux et/ou aux médecins?

Pourcentage

Est-ce que tous les médecins et consultants médicaux exigent montrer la preuve de l'assurance de responsabilité civile et l'assurance de responsabilité professionnelle vous ajoutant à titre d'assuré supplémentaire?

Oui Non

Si oui, quel sont les limites?

S'il vous plaît, décrire votre politique de recrutement:

Imprime votre nom et titre

Signature du demandeur ou du représentant autorisé

DATE: