

INFORMATIVA SUL SERVIZIO

Io sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

DICHIARO DI COMPRENDERE QUANTO SEGUE

- 1** I servizi offerti da QuantumProEnergy (anche QPE) supportano il corpo, la mente e lo spirito nella loro naturale capacità di creare benessere per la vita.
- 2** Il sostegno energetico, o qualunque servizio fornito da QPE **non sostituisce alcuna terapia medica**, ma può essere complementare a terapie mediche o psicologiche a cui mi potrei sottoporre.
- 3** Per qualunque patologia io possa avere o sospettare di avere mi dovrò rivolgere ad un professionista di fiducia.
- 4** Il personale di QPE non fa diagnosi, non prescrive trattamenti o terapie, non prescrive farmaci o similari e non esprime pareri in relazione a trattamenti e terapie del mio medico di fiducia.
- 5** Comprendo che **ogni esperienza è del tutto individuale**, che potrei aver bisogno di più sessioni e che non vi può essere garanzia di alcun risultato specifico. Mi è altresì chiaro che il processo di detossinazione potrebbe produrre un peggioramento delle mie condizioni di salute generale (con particolare riferimento a persone affette da epilessia, autismo, intossicazione da farmaci o alimentare, stati di salute particolarmente compromessi etc.). La durata di tale condizione non è stimabile. Mi assumo integralmente la responsabilità della scelta di perseguire il mio benessere attraverso l'immersione nei campi di energia di EESystem offerti da QPE.
- 6** **Manlevo QuantumProEnergy** da qualunque tipo di reclamo o richiesta di qualsivoglia tipo di indennizzo relativo all'efficacia dell'esposizione ai campi di energia EESystem.
- 7** **Dichiaro di non avere tutori o amministratori** per quanto attiene a questa specifica scelta.

Ho letto con attenzione questa dichiarazione e ne comprendo perfettamente il contenuto. Mi è chiaro che trattasi di manleva di responsabilità. Dichiaro che sto firmando in assoluta libertà. **Dichiaro di essere in grado di intendere e volere.**

Firma _____, il _____

NOTA IMPORTANTE per chi assume anticoagulanti, farmaci per il controllo della pressione e persone affette da diabete:

al termine dell'esposizione dovrò monitorare i valori poiché potrebbe rendersi necessario ridurre il dosaggio dei farmaci assunti. Condizione da verificare esclusivamente con il mio medico curante.

Non sono affetto da quanto indicato.

PER ESPRESSA PRESA VISIONE E COMPRESIONE DI QUESTO PUNTO

Firma _____, il _____