



KARTEIKARTE BB-GLOW & MICRONEEDLING

2026

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____ Tel.: _____

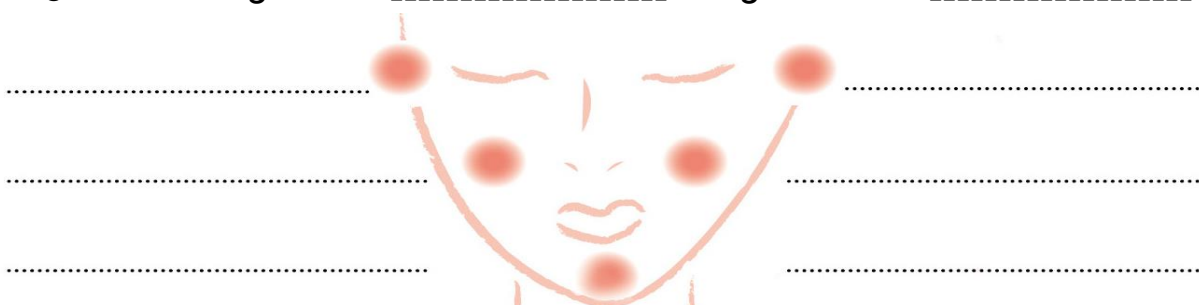
1. Behandlung: Datum: _____ Chargennummer: _____



2. Behandlung: Datum: _____ Chargennummer: _____



3. Behandlung: Datum: _____ Chargennummer: _____



Datum: _____ Unterschrift Kund*in: _____