

MEGÁLLAPODÁS

Gyászfeldolgozás Módszer® Program szolgáltatásáról

amely létrejött egyrészről

Cégnév/egyéni vállalkozó/adószám

magánszemély neve:

Bódy Anna Mária E.V.

Székhely/cím:

2083 Solymár, Hősök u. 56.

Adószám/Adóazonosító:

49389670-1-33

Bankszámlaszám:

114158976-02243487

mint a Gyászfeldolgozás Módszer® átadására érvényes licenciával rendelkező fél (a továbbiakban „Specialista” vagy „Fél”)

másrészről

Név:

Lakcím:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Telefonszám:

E-mail elérhetőség

Vészhelyzetben értesítendő személy neve:

telefonszáma:

Kezelő neve:

telefonszáma:

e-mail címe:

Törvényes képviselő neve¹

mint a Gyászfeldolgozás Módszer® programban részt vevő fél (a továbbiakban „Résztevő” vagy „Fél”)

Specialista és Résztevő a továbbiakban együttesen „Felek” között, az alulírott helyen és időben, a következő feltételekkel:

BEVEZETÉS

A Gyászfeldolgozás Módszer® olyan veszteségek feldolgozására és a gyász folyamatának kísérésére kifejlesztett támogató programok összessége, amelyet a Gyászfeldolgozás Módszer® Specialista nyújt a Gyászfeldolgozás Módszer® Magyarországi Központtal (Triomed Hungary Kft.), a Grief Recovery Europe Ltd-del és a Gyászfeldolgozás Intézettel (Bend, Oregon USA) együttműködésben.

A Gyászfeldolgozás Módszer® Programok az alábbi formákban vehetők igénybe: 7 hetes egyéni támogató program; 8 hetes csoportos támogató program; 12 hetes csoportos támogató program; 7 hetes online egyéni támogató program.

I. A Gyászfeldolgozás Módszer® Program kiválasztása, helye, ideje

1. A Résztevő és a Specialista megállapodnak, hogy a Résztevő a fent felsorolt programok közül a(z) 7 hetes egyéni támogató programban vesz részt.
2. A Program helyszíne²:
 - a) online
vagy
 - b) 1132 Budapest, Visegrádi u. 19. I/5.
3. Az 1. pontban foglaltak alapján a Program a Specialista és a Résztevő közös megegyezése alapján az alábbi időszakban kerül megtartásra: -tól-ig. Ez az időszak a felek közös megegyezésével utólag bármikor módosítható.

II. A Program díja

1. Felek megállapodnak, hogy az I. fejezetben kiválasztott program díja _____ Ft azaz _____ forint, amely számla ellenében³
 - a) összegben előre – jelen megállapodás aláírásával egyidejűleg – esedékes

¹ Amennyiben a résztvevő kiskorú vagy cselekvőképességet korlátozó gondnokság alatt áll

² A megfelelő rész aláhúzással vagy karikázással jelölendő, valamint a pontos cím kitöltendő

³ A megfelelő rész aláhúzással vagy karikázással jelölendő.

vagy

- b) megbeszélés szerinti részletekben előre esedékes: _____
2. A Résztevő vállalja, hogy a Program díját határidőben és maradéktalanul megfizeti.
3. A Résztevő a Gyógyulás a Gyászból Alapítványtól _____ Ft azaz _____ forint összegű támogatásban részesült, így a Program díjából csak a támogatás összegét meghaladó részt köteles a Specialista részére megfizetni.

III. A Résztevő nyilatkozatai

1. A Résztevő tudomásul veszi, hogy
- a) a program foglalkozásai nem szakszerű orvosi vagy mentális egészségügyi szolgáltatást jelentenek, és nem is helyettesítik azokat;
- b) a program során megismert Gyászfeldolgozás Módszer® -t csak a saját maga részére, önségítő módszerként használva alkalmazhatja;
- c) a program elvégzése nem jogosítja fel arra, hogy a Gyászfeldolgozás Módszer® -t másoknak – akár egyénileg, akár csoportosan – ingyenesen vagy térítés ellenében átadja, bármilyen módon felhasználja, vagy a Gyászfeldolgozás Módszer® bármely logóját saját célból használja;
- d) a Gyászfeldolgozás Módszer® alapját a John W. James és Russel Friedman: Gyógyulás a gyászból c. könyve képezi, amely védett szellemi alkotásnak minősül, az abban foglalt módszer – ideértve a foglalkozások tematikáját és a házi feladatokat is – jogi oltalom alatt áll, logója pedig védjegyoltalom alatt áll; a jogi védelem megsértése esetén a Gyászfeldolgozás Módszer® Magyarországi képviselője teljes kártérítési igényt támaszthat, ideértve a jogsértéssel elért vagyoni eredmény átadását is;
- e) a Gyászfeldolgozás Módszer® Programot teljes egészében, párban, a kölcsönösség elve alapján, a Gyógyulás a gyászból c. könyvben lefektetett és a Specialista által adott pontos utasítások alapján kell teljesíteni, ami hetente nagyjából 1 órányi üléseket és az azokhoz kapcsolódó házi feladatok elvégzését jelenti;
- f) amennyiben bármilyen orvos vagy pszichológus (a továbbiakban „Kezelő”) által nyújtott kezelést illetve terápiát vesz igénybe, köteles erről haladéktalanul tájékoztatni a Specialistát; vállalja továbbá, hogy a Kezelő elérhetőségeit a Specialista részére átadja;
- g) sem a Gyászfeldolgozás Módszer® Magyarországi Központja, sem a Specialista nem tartozik felelősséggel azokért a mentális, lélektani, vagy más egészségügyi következményekért, amelyek abból erednek, hogy a Résztevő nem tartotta be a Specialista vagy a Gyászfeldolgozás Módszer® Központ által előírt utasításokat.

IV. Egyéb rendelkezések

1. A Résztevő kijelenti, hogy a Specialista adatvédelmi tájékoztatóját és/vagy szabályzatát megismerte és ennek ismeretében tudomásul veszi, hogy a Specialista a személyes adatait a szolgáltatás nyújtásához szükséges mértékben és célból kezeli.
A Résztevő hozzájárul/nem járul hozzá, hogy a Specialista részére a gyászfeldolgozással kapcsolatos témájú, direkt marketing célú e-maileket, megkereséseket küldjön.⁴
2. Felek a jelen megállapodást határozott időre, a szolgáltatás teljes időtartamára kötik, amely mindkét Fél általi aláírás napján lép hatályba.
3. Felek rögzítik, hogy a jelen megállapodásban nem szabályozott kérdésekben a Specialista által rendelkezésre bocsájtott általános szerződési feltételek (a továbbiakban „ÁSZF”) rendelkezései alkalmazandók.
4. A Résztevő kijelenti, hogy az ÁSZF rendelkezéseit lehetősége volt részletesen megismerni és megtárgyalni, azokat a Specialistával közösen értelmezték.

Felek jelen megállapodást elolvasták, és mint akaratukkal mindenben egyezőt jóváhagyólag írják alá.

Kelt: _____

Specialista aláírása

Résztevő/Törvényes képviselő aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név: _____; cím: _____; aláírás: _____

Név: _____; cím: _____; aláírás: _____

⁴ A megfelelő rész aláhúzendő!