

VEREINBARUNG Supervision

SUPERVISOR/IN

Name, Vorname _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

SUPERVISAND/IN

Name, Vorname _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Verbandsmitgliedschaft _____

ZWECK

Die Supervision betrifft Themen aus dem beruflichen Arbeitsumfeld und dient zur Steigerung der beruflichen Qualität.

DAUER DER SUPERVISION

Anzahl Probesitzungen _____ Anzahl vereinbarte Sitzungen _____

Sitzungsdauer und Rhythmus _____

Veräumte oder kurzfristig abgesagte Sitzungen von weniger als 24 Stunden werden verrechnet.

KOSTENVEREINBARUNG

Honorar je Setting zu _____ Minuten: CHF _____

Grundmaterial im Preis inbegriffen _____

Kosten für spezielle Materialien _____

Verrechnungs- und Zahlungsmodalitäten _____

KRANKENKASSE

Supervision kann nicht über die Krankenkasse abgerechnet werden.

ÄNDERUNGEN DES VERTRAGES

Änderungen können bei gegenseitiger Übereinkunft erfolgen.

BESCHWERDEMÖGLICHKEIT

Das Beschwerderecht ist in den Ethikrichtlinien der Oda ARTECURA beschrieben.

Ort, Datum _____

Supervisor/in _____ Supervisand/in _____