

Regulamin Centrum ABC Terapii

§1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Centrum ABC Terapii jest placówką prywatną, wszystkie wizyty są płatne. Realizujemy zajęcia w ramach specjalistycznych usług opiekuńczych (SUO).
2. Oferta Centrum ABC Terapii obejmuje: konsultacje, zajęcia Treningu Umiejętności Społecznych, terapię psychologiczną, terapię pedagogiczną, zajęcia Integracji Sensorycznej, diagnozę, Trening Kontroli Złości, Trening Zastępowania Agresji, warsztaty dla rodziców.

§2. DANE OSOBOWE

1. Administratorem danych osobowych Klienta jest Kinga Skoczyńska z siedzibą w 25-734 Kielce ul. Jagiellońska 74/15. W celu skontaktowania się z Administratorem należy wysłać wiadomość e-mail na adres: abcterapiiks@gmail.com
2. Dane będą przetwarzane w celu zawarcia i realizacji postanowień umowy (podstawa prawna: przetwarzanie niezbędne do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy i w celu jej realizacji).
3. Odbiorcami danych osobowych Klienta będą uprawnieni pracownicy Centrum – w tym m.in. terapeuta-trener TUS, psycholog.
4. Dane w ograniczonym zakresie będą przechowywane przez okres 6 lat od zakończenia niniejszej umowy. Okres ten wymuszony jest obowiązującymi przepisami prawa podatkowego.
5. Część danych nie wymagana przepisami prawa podatkowego, zostanie usunięta na życzenie Klienta w terminie 30 dni od dnia rozwiązania niniejszej umowy przez jedną ze stron.
6. Klientowi przysługuje prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz ich przenoszenia, jak również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

§3. TRENING UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH

1. Zalecany cykl spotkań TUS to 30-35 spotkań.
2. Zajęcia przeprowadzone zostaną w siedzibie Centrum a także w miejscach użyteczności publicznej przez wykwalifikowanych pedagogów, psychologów, terapeutów-trenerów TUS.
3. Centrum zobowiązuje się wykonywać świadczone usługi z należytą starannością oraz z zasadami etyki zawodowej.
4. **Rodzic jest zobowiązany do zgłaszania nieobecności najpóźniej do godz. 10.00 w dniu zajęć, SMS-em na numer 506417048.**
5. Nieobecność zgłoszona daje możliwość odpracowania zajęć (w ciągu 3 miesięcy, za uzgodnieniem z terapeutą-trenerem TUS) lub pomniejszenia płatności w kolejnym miesiącu.
6. **PLATNOŚCI:**
 - 6.1. Należność za zajęcia będzie opłacana przez Klienta:
 - a) za każdy miesiąc **z góry** w kwocie odpowiadającej liczbie zajęć w danym miesiącu (do 10. dnia danego miesiąca)
 - b) przelewem na rachunek bankowy Centrum: **44 1020 2629 0000 9902 0362 0416** - w tytule przelewu wpisując: imię i nazwisko dziecka, TUS, miesiąc
 - c) **brak zgłoszenia nieobecności lub zgłoszenie po godzinie 10.00** skutkuje naliczeniem opłaty za dane zajęcia i brakiem możliwości odpracowania tych zajęć.
 - 6.2. Centrum zastrzega sobie prawo do przerwania świadczenia usług w przypadku nieotrzymania płatności za zajęcia w określonym w pkt. 2 terminie.
 - 6.3. W wypadku braku terminowej zapłaty Centrum, **poza naliczeniem odsetek ustawowych**, ma prawo odstąpić od kontynuacji zajęć ze skutkiem natychmiastowym.
 - 6.4. Brak wpłaty za zajęcia w trakcie trwania umowy nie zwalnia Klienta z płatności za nie.
 - 6.5. Po otrzymanej wpłacie istnieje możliwość otrzymania faktury po uprzednim zgłoszeniu.

§ 4. ZAJĘCIA INDYWIDUALNE (PSYCHOLOG/PEDAGOG/TERAPEUTA SI)

1. Zajęcia indywidualne przeprowadzone zostaną w siedzibie Centrum ABC Terapii przez wykwalifikowanych pedagogów, psychologów, terapeutów Integracji Sensorycznej.
2. Czas zajęć: 60 min – w tym rozmowa z rodzicami w zależności od potrzeb.
3. Rodzic jest **zobowiązany do zgłaszania nieobecności** SMS-em na numer 506417048, najpóźniej:
 - Ⓜ **do godz. 10.00 w dniu zajęć** - w przypadku zajęć odbywających się **od godziny 14:00**,
 - Ⓜ **dnia poprzedzającego zajęcia** - w przypadku zajęć odbywających się **do 14:00**
4. **Brak zgłoszenia nieobecności lub zgłoszenie po wyznaczonym terminie skutkuje** naliczeniem opłaty za zajęcia indywidualne.
5. PŁATNOŚCI:
 - 5.1. Należność za zajęcia będzie opłacana przez Klienta:
 - d) **na koniec miesiąca za liczbę wykorzystanych zajęć**
 - e) przelewem na rachunek bankowy Centrum: **44 1020 2629 0000 9902 0362 0416** - w tytule przelewu wpisując: imię i nazwisko dziecka, rodzaj zajęć (zajęcia indywidualne SI/psycholog/pedagog), data

§ 5. ROZWIĄZANIE UMOWY:

1. W przypadku odstąpienia od umowy do końca pierwszego miesiąca zajęć (zwanego okresem próbnym), Klient powinien złożyć pisemne/mailowe/SMS-owe oświadczenie o odstąpieniu od umowy.
2. Po rozpoczęciu zajęć i upływie okresu próbnego, liczonego jako 1 miesiąc od rozpoczęcia cyklu zajęć umowa może być wypowiedziana przez każdą ze stron z zachowaniem pełnego, **1-miesięcznego okresu wypowiedzenia**. Umowa wypowiedziana w takim trybie rozwiązuje się ze skutkiem na koniec miesiąca, następującego po miesiącu w którym zostało złożone wypowiedzenie
3. Za datę otrzymania wypowiedzenia uznaje się datę otrzymania oświadczenia.
4. Wypowiedzenie składa się na piśmie w Centrum, mailowo na adres abcterapiiks@gmail.com bądź SMS-owo na numer 506417048.
5. Centrum zastrzega sobie prawo do zmiany terapeuty prowadzącego zajęcia z Klientem w trakcie roku szkolnego z przyczyn niezależnych od Centrum.

§ 6. POSTANOWIENIA KOŃCOWE:

1. W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Wszelkie zmiany w umowie muszą być dokonywane na piśmie poprzez sporządzenie aneksu.
3. Wszelkie spory wynikłe z umowy rozstrzyga sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Klienta.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących kopiach – po jednej dla każdej ze stron.