

TERMIN:

Psycholog:in:

DATENBLATT

PSYCHOLOGISCHES BERATUNGSGESPRÄCH

Kosten: € 115. In diesem Betrag ist keine Umsatzsteuer enthalten

(Bezahlung: bar/Bankomat im Büro)

Bitte ankreuzen:

- Termin im LIBELLE-Autismuszentrum
 Termin ONLINE (Bsp. Webex, Zoom)

Terminwunsch:

- Wochentag:
- Uhrzeit (Zeitraum):

Es geht um: Kind Erwachsenen

ANLIEGEN: _____

DATEN Auftraggeber:in
Vor-/Nachname:
Straße/Nr.:
PLZ/Ort:
Telefon:
E-Mail:

Einwilligungserklärung nach DSGVO: Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden (siehe Beilage DSGVO-Formular).

Bitte beachten Sie, dass vereinbarte **Termine verbindlich** sind. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, bis spätestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Falls eine rechtzeitige Absage nicht erfolgt oder der Termin unentschuldig versäumt wird, wird Ihnen ein Betrag i. H. v. € 60 in Rechnung gestellt.

Datum und Unterschrift: _____