**

*Отметка о регистрации: входящий № документа\_\_\_\_\_\_\_*

*Дата регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Подпись секретаря комитета по Личной терапии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

ДОГОВОР Личного терапевта № \_\_\_\_\_

на оказание услуг (контракт на проведение личной терапии).

г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_ \_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «Личный терапевт», и психотерапевт (психолог) ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Специалист», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Предметом договора является оказание Личным терапевтом Специалисту услуг, а именно, ведение обучающей личной терапии, направленной на :

* познание границ и ресурсов личности Специалиста
* проработку паттернов его поведения
* формирование восприимчивости к элементам психотерапевтического процесса
* формирование глубинного понимания психотерапевтических практики навыков рефлексии
* решение личных запросов Специалиста
* проработку личностных ограничений, влияющих на самостоятельную успешную психотерапевтическую деятельность Специалиста

2. Порядок оказания услуги

2.1. Порядок организации и посещения личной терапии, проводимойЛичным терапевтом для Специалиста включает в себя :

- внесение Специалиста в график консультаций Личного терапевта;

- формирование графика личной терапии (указать временные границы курса личной терапии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-ознакомление Специалиста с психотерапевтическим процессом, а именно: проведение первичного интервью, заключение договора на терапию, проведение постоянной психотерапии, завершение личной терапии.

2.2. Место проведения личной терапии (нужное подчеркнуть):

- личная терапия проходит в рабочем кабинете Личного терапевта;

- личная терапия проходит в рабочем кабинете Специалиста;

- личная терапия проходит дистанционно (онлайн);

- личная терапия проходит (иное)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2.3. Количество часов и форма личной терапии:

данный договор предусматривает, в соответствии о Положением о прохождении Личной терапии, проведение Личным терапевтом 50 часов личной терапии Специалиста, включающей в себя:

- индивидуальную личную терапию с Личным терапевтом в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов

- групповую терапию с Личным терапевтом в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов.

- консультации других Личных терапевтов в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов.

В завершении терапии Личный терапевт подписывает сертификат, где указывается число часов, модальностей и специалистов, проводивших терапию. Обязательной является фраза: «Учебная терапия завершена».

2.4. Финансовая сторона договора определяется дополнительным соглашением между Личным терапевтом и Специалистом.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1.Личный терапевт несет ответственность за:

- Соблюдение Этического кодекса ППЛ;

- Соблюдения конфиденциальности в объеме, соответствующим требованию Этического кодекса Личного терапевта ППЛ;

- Разъяснение условия настоящего договора Специалисту;

- Обеспечение должного качества услуг;

- Организацию условий для проведения личной терапии;

- Действия в пределах своей профессиональной компетенции. В ситуации предоставления Специалистом случая, выходящего за рамки компетенции Личного терапевта, он должен сообщить об этом Специалисту;

- Регистрацию настоящего договора в Комитете по личной терапии ППЛ;

- Оказание услуги в соответствии с достигнутой договоренностью;

- Разъяснение Специалисту возможности и правил подтверждения часов личной терапии Накопительными свидетельствами ППЛ и предоставление возможности подтверждения часов.

3.2. Специалист обязуется:

- Оплатить услуги в соответствии с п.2.4 настоящего договора;

- Посещать часы личной терапии, проводимые для него Личным терапевтом;

- Предоставлять информацию о себе в объеме, достаточном для выполнения Личным терапевтом его запроса.

4. Особые условия

4.1. Специалист согласен с тем, что данный договор будет представлен Личным терапевтом третьим лицам (ППЛ) с целью и в качестве подтверждения его личной терапии.

4.2. При возникновении спорных ситуаций стороны обязуются руководствоваться ГК РФ, и Этическим кодексом ППЛ, Этическим кодексом личного терапевта ППЛ.

4.3. Комитет по личной терапии ПЛ подтверждает статус Личного терапевта и его право проводить личную терапию, о чем свидетельствует наличие данных Личного терапевта в реестре Личных терапевтов на официальном сайте ППЛ.

4.4. Комитет по личной терапии ППЛ в случае сообщения Личного терапевта о невозможности продолжения личной терапии со Специалистом, обязуется предоставить Специалисту возможность выбора другого Личного терапевта только в случае регистрации настоящего контракта в ППЛ.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий договор составлен в трех экземплярах для: Специалиста, Личного терапевта, Комитета по личной терапии и ППЛ.

5.2 Срок действия договора устанавливается с момента оплаты услуг Специалистом согласно п.2.4 настоящего договора с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

5.3. Договор продлевается по взаимному согласию сторон.

**4. Реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Личный терапевт** | **Специалист** |
| **Ф.И.0.**  **Паспортные данные:**  Домашний адрес:  Телефон:  Электронный адрес:  Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Ф.И.0.**  **Паспортные данные:** |
| Домашний адрес:  Телефон:  Электронный адрес:  Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

*Отметка о регистрации: входящий № документа\_\_\_\_\_\_\_*

*Дата регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Подпись секретаря комитета по Личной терапии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |