



## MEGÁLLAPODÁS

### Gyászfeldolgozás Módszer® Program szolgáltatásáról

amely létrejött egyrészről

|                                                        |                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cégnév/egyéni vállalkozó/adószám<br>magánszemély neve: |                                                                                                                          |
| Székhely/cím:                                          |                                                                                                                          |
| Adószám/Adóazonosító:                                  |                                                                                                                          |
| Bankszámlaszám:                                        |                                                                                                                          |
|                                                        | 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:<br>telefonszáma: |                                                                                                   |
| Kezelő neve:<br>telefonszáma:<br>e-mail címe:             |                                                                                                   |
| Törvényes képviselő neve <sup>1</sup>                     |                                                                                                   |
|                                                           | 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® Magyarország 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) \_\_\_\_\_ programban vesz részt.
2. A Program helyszíne<sup>2</sup>:
  - a) online vagy
  - b) \_\_\_\_\_ (cím)
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.
- 4.

#### II. A Program díja

1. Felek megállapodnak, hogy az I. fejezetben kiválasztott program díja \_\_\_\_\_ Ft azaz \_\_\_\_\_ forint, amely számla ellenében<sup>3</sup>
  - a) egyösszegben előre – jelen megállapodás aláírásával egyidejűleg – esedékes vagy

<sup>1</sup> Amennyiben a résztvevő kiskorú vagy cselekvőképességet korlátozó gondnokság alatt áll

<sup>2</sup> A megfelelő rész aláhúzással vagy karikázással jelölendő, valamint a pontos cím kitöltendő

<sup>3</sup> A megfelelő rész aláhúzással vagy karikázással jelölendő.

- b) megbeszélés szerint, egyenlő 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, önszorgó 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 vagyon 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 órás 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.<sup>4</sup>  
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 bocsátott 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 \_\_\_\_\_

Kelt \_\_\_\_\_

Aláírás \_\_\_\_\_  
Specialista

Aláírás \_\_\_\_\_  
Résztevő/Törvényes képviselő

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név: \_\_\_\_\_; cím: \_\_\_\_\_; aláírás: \_\_\_\_\_

Név: \_\_\_\_\_; cím: \_\_\_\_\_; aláírás: \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> A megfelelő rész aláhúzendő!