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

на оказание услуг (контракт на проведение личной терапии в рамках программы

«Психотерапия кризисных состояний» ).

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

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «Личный терапевт» программы «Психотерапия кризисных состояний», действующий на основании договора с Евразийский институтом практической психологии и психотерапии (далее ЕИППП) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(номер и дата регистрации договора между ЕИППП и личным терапевтом ПКС ),* и, студент программы «Психотерапия кризисных состояний» ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Специалист», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

Предметом договора является оказание Личным терапевтом Специалисту услуг, в рамках программы дополнительного профессионального обучения «Психотерапия кризисных состояний», а именно, ведение личной терапии, направленной на :

* Исследование невротических механизмов защиты личности
* Исследование и трансформацию типов преодолевающего поведения
* Проработку паттернов его поведения
* Формирование восприимчивости к элементам психотерапевтического процесса
* Формирование глубинного понимания психотерапевтических практики навыков рефлексии
* Обсуждение стратегии выхода из кризисного состояния
* Решение личных запросов Специалиста
* Проработку личностных ограничений, влияющих на самостоятельную успешную психотерапевтическую деятельность Специалиста
* Познание границ и ресурсов личности Специалиста

**2. Порядок оказания услуги**

2.1. Порядок организации и посещения личной терапии, проводимой Личным 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 с требованиями программы, проведение Личным терапевтом \_\_\_\_\_\_ часов личной терапии Специалиста, включающей в себя:

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

В завершении терапии Личный терапевт подписывает в зачетной книжке количество пройденных часов /при необходимости, выдает справку/, где указывается число часов.

2.4. Финансовая сторона договора определяется дополнительным соглашением между Личным терапевтом и Специалистом и является ответственностью самого Личного терапевта.

**3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

3.1.Личный терапевт несет ответственность за:

- Соблюдение Этического кодекса ППЛ (ЕИППП опирается на принятый кодекс ППЛ, на основании Меморандума о сотрудничестве);

- Соблюдения конфиденциальности в объеме, соответствующим требованию Этического кодекса психологов;

- 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 Центре обучения Евразийского Института практической психологии и психотерапии;

- Оказание услуги в соответствии с достигнутой договоренностью;

- Разъяснение Специалисту возможности и правил подтверждения часов личной терапии в зачетной книжке или предоставление справки.

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;

- В случае нарушения правил этики Личным терапевтом, сообщить в Этический комитет ЕИППП.

**4. Особые условия**

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

4.2. При возникновении спорных ситуаций стороны обязуются руководствоваться ГК РК/РФ, и Этическим кодексом.

4.3. Центр обучения ЕИППП 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 ЕИППП.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий договор составлен в трех экземплярах для: Специалиста, Личного терапевта, Центра обучения ЕИППП.

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.

**6. Реквизиты сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Личный терапевт** | **Специалист** | **Евразийский Институт практической психологии и психотерапии** |
| **Ф.И.0.**  **Паспортные данные:**  Домашний адрес:  Телефон:  Электронный адрес:  Скайп:  Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Ф.И.0.**  **Паспортные данные:** | **Ректор: Коляева М.В.** |
| Домашний адрес:  Телефон:  Электронный адрес:  Скайп:  Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  МП |
|  |  |