



Krajowe Towarzystwo Autyzmu
Oddział Terenowy w Bielsku-Białej

Organizacja Pożytku Publicznego. ul. Cyprysowa 27, 43-310 Bielsko-Biała

☎ 573 164 623

✉ biuro@kta-bielsko.pl

Organizacja terapii i zajęć:

tel. 798 843 497 mail: terapia@kta-bielsko.pl

Porozumienie w sprawie udziału w zajęciach nr

Porozumienie dotyczy ogólnych zasad uczestnictwa w terapiach oraz zajęciach organizowanych przez Krajowe Towarzystwo Autyzmu Oddział Terenowy w Bielsku-Białej.

Rodzaj zajęć oraz warunki szczegółowe (płatne/bezpłatne) zawiera każdorazowo dokument „Zgłoszenie uczestnictwa w zajęciach”

Dane uczestnika :

imię i nazwisko

data urodzenia.....nr PESEL.....

adres zamieszkania:

.....

Dane opiekuna prawnego:

imię i nazwisko.....

adres zamieszkania:.....

Dane kontaktowe:

nr. tel.....adres e-mail.....

Zgłaszając się/ uczestnika* do udziału w zajęciach zobowiązuję się do :

- Punktualnego przychodzenia/przyrowadzania i odbierania podopiecznych*.
- Przestrzegania obowiązujących w Ośrodku zasad między innymi dotyczących porządku, higieny oraz obostrzeń związanych z bieżącym stanem epidemicznym i epidemiologicznym.
- Na prośbę terapeuty, bądź koordynatora KTA pozostawania w czasie trwania zajęć na terenie Ośrodka lub w bezpośrednim sąsiedztwie – dot. rodziców/opiekunów
- Przyjęcia pełnej odpowiedzialności za bezpieczeństwo uczestnika (j.w) oraz wyrządzone przez niego szkody w trakcie przebywania na terenie Ośrodka w czasie poza umówionymi zajęciami (dotyczy również innych osób przebywających pod opieką zgłaszającego na terenie Ośrodka)
- W przypadku zajęć odpłatnych – terminowego regulowania należności (**warunkiem uczestnictwa w zajęciach odpłatnych jest uregulowanie należności za bieżący miesiąc**)
- Pokrywania kosztów uczestnictwa w zajęciach w okresie ustalonym w załączniku „Zgłoszenie uczestnictwa w zajęciach”(warunki rezygnacji określa cyt. załącznik)

Przyjmując niniejsze zgłoszenie KTA OT BB zobowiązuje się :

- Zapewnić optymalne warunki do przeprowadzania umówionych zajęć terapeutycznych w sposób bezpieczny, adekwatny do możliwości podopiecznego oraz zgodny z obowiązującymi przepisami (z uwzględnieniem aktualnych obostrzeń epidemiologicznych).
- Udostępnić na potrzeby umówionych zajęć wszelkie posiadane pomoce, materiały oraz wyposażenie .
- Zapewnić systematyczność i regularność zajęć, zgodnie z obowiązującym grafikiem, zastrzegając sobie prawo odwołania zajęć w przypadkach losowych. (W powyższej sytuacji ustalony zostanie dogodny zastępczy termin a w przypadku braku możliwości „odrobienia” niewykorzystana część wpłaty na podstawie fa korygującej zostanie zwrócona na konto zgłaszającego).

Informacje dodatkowe:

- Płatność za zajęcia następuje przelewem na konto:

ING Bank Śląski 55 1050 1070 1000 0022 3906 3023

w terminie poprzedzającym pierwsze planowane zajęcia w danym miesiącu na podstawie faktury wystawionej przez KTA OT BB - przesłanej drogą mailową

- W tytule przelewu prosimy podać **imię i nazwisko uczestnika, nr faktury lub miesiąc którego dotyczy wpłata**
- W przypadku zgłoszenia uczestnika do udziału w kilku rodzajach zajęć wystawiona zostanie faktura łączna.

Dane do faktury :

Imię i nazwisko/nazwa odbiorcy.....

Adres :.....

NIP/Pesel.....

Uwagi :.....

- Nieobecność na planowanych zajęciach **nie jest** podstawą do wystawienia faktury korygującej
- Szczegółowe zasady rozliczanie nieobecności na zajęciach odpłatnych określa każdorazowo dokument „Zgłoszenie uczestnictwa w zajęciach”
- Porozumienie obowiązuje **od dnia zawarcia na czas nieokreślony.**
- W przypadku korzystania z zajęć realizowanych w ramach projektów dokumenty i wynikające z nich prawa i obowiązki związane z realizacją tychże są dokumentami nadrzędnymi do niniejszego Porozumienia.
- Wszystkie zmiany dotyczące tego porozumienia wymagają formy pisemnej i zgody obydwu stron- brak zgody równoznaczny jest z rozwiązaniem niniejszego porozumienia.
- Każda ze stron ma prawo odstąpić od niniejszego porozumienia w trybie :
 - a) zwyczajnym z zachowaniem zasady pisemnego poinformowania strony przeciwnej z minimum miesięcznym wyprzedzeniem liczoną od ostatniego dnia miesiąca
 - b) natychmiastowym w przypadku rażącego łamania jego postanowień przez stronę przeciwną.

Data zawarcia porozumienia.....

.....
(Podpis Koordynatora KTA OT BB)

.....
(Podpis uczestnika – w przypadku osób nie posiadających zdolności do czynności prawnych podpis opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić