

ΑΙΤΗΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ

Πρόταση

Παροχής Υπηρεσιών Ψυχολόγου

Η Focus Lab ιδρύθηκε με σκοπό την παροχή ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των ιδιαίτερων αναγκών του παιδιού, του εφήβου και του ενήλικα.

Ήδη σήμερα και σε συνεργασία με το Πρακτορείο Ασφαλειών Παπανάγνος & Συνεργάτες στο πλαίσιο αυτών των υπηρεσιών, αναγνωρίζοντας τις εξαιρετικές και ενίοτε ιδιαίτερα δυσχερείς συνθήκες για την ψυχική υγεία που βιώνουμε, προσφέρουμε ειδικές συμφωνίες για την κάλυψη των σχετικών αναγκών.

Επιπροσθέτως, προσφέρουμε κάλυψη σε οποιαδήποτε πρόγραμμα ασφάλεια υγείας απλοποιώντας και διευκολύνοντας την επικοινωνία με εξειδικευμένους ψυχολόγους.

Αριθμός σύμβασης : _____

Ημερομηνία σύμβασης : _____ / _____ / _____

Στοιχεία Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή

Επωνυμία : Δημήτριος Παπανάγνος

Διεύθυνση : Τριπτόλεμου 2, Βάρη 166 72

Α.Φ.Μ. : 046464198 **Δ.Ο.Υ** : Γλυφάδας

Τηλ. : +30 210 8974944 // +30 210 8974945

Email : info@papanagnos.gr **Website** : www.papanagnos.gr

Συμβεβλημένος με την εταιρεία

Επωνυμία : Focus Lab Ε.Π.Ε. Ψυχοκοινωνικές Υπηρεσίες

Διεύθυνση : Σωτήρος Διός 13-15, Πειραιάς 185 35

Α.Φ.Μ. : 800730705 **Δ.Ο.Υ** : Α' Πειραιά

Τηλ. : +30 210 4190804

Email : contact@focuslab.gr

Website : www.focuslab.gr

<https://portal.focuslab.gr/>

Λήπτης της παροχής (συμβαλλόμενος)

Όνοματεπώνυμο : _____

Όνομα Πατέρα : _____ **Όνομα Μητέρας** : _____

Ημερομηνία Γέννησης: _____ **Τόπος Γέννησης** : _____

Α.Δ.Τ. : _____ **Ημερ/νία Έκδοσης** : _____



Αίτηση Παροχής Υπηρεσιών Ψυχολόγου

Αρχή Έκδοσης : _____

Υπηκοότητα : _____ Επάγγελμα : _____

Α.Φ.Μ. : _____ Δ.Ο.Υ. : _____

Α.Μ.Κ.Α. : _____

Διεύθυνση κατοικίας : _____ Τ.Κ. : _____

Διεύθυνση εργασίας : _____ Τ.Κ. : _____

Κινητό τηλέφωνο : _____ Σταθερό τηλέφωνο : _____

e - mail : _____

Παροχή σε άλλα μέλη της οικογένειας (αν είναι διαφορετικά από τον λήπτη)

1. _____ Είδος συγγένειας: _____

2. _____ Είδος συγγένειας: _____

3. _____ Είδος συγγένειας: _____

4. _____ Είδος συγγένειας: _____

5. _____ Είδος συγγένειας: _____

Αριθμός παρεχόμενων συνεδριών

Η κάλυψη περιλαμβάνει _____ (____) συνεδρίες που θα μπορούν να πραγματοποιηθούν εντός ενός έτους από της αρχική σύμβαση στο πρόγραμμα.

Διάρκεια παροχής

Ημερομηνία έναρξης : ____ / ____ / _____

Ημερομηνία λήξης : ____ / ____ / _____

- Σε τακτά χρονικά διαστήματα
 - Ανά εβδομάδα
 - Ανά μήνα
 - Ανά τρίμηνο
- Σε έκτακτα χρονικά διαστήματα



ΠΑΠΑΝΑΓΝΟΣ & ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ
ΠΡΑΚΤΟΡΕΙΟ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ

Αριθμός σύμβασης : _____

Ημερομηνία σύμβασης : _____ / _____ / _____

Θέλετε να ορίσετε συγκεκριμένες ημερομηνίες:

1. ____ / ____ / _____ και ώρα ____ : ____
2. ____ / ____ / _____ και ώρα ____ : ____
3. ____ / ____ / _____ και ώρα ____ : ____
4. ____ / ____ / _____ και ώρα ____ : ____
5. ____ / ____ / _____ και ώρα ____ : ____
6. ____ / ____ / _____ και ώρα ____ : ____
7. Δεν επιθυμώ να οριστούν συγκεκριμένες ημερομηνίες: _____

Παροχές που περιλαμβάνονται

- Ατομικές ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες
- Συμβουλευτικές γονέων
- Συμβουλευτικές οικογενειών

Τρόπος παροχής υπηρεσιών

Προσφέρεται

- Εξ' αποστάσεως
- Δια ζώσης
- Από Δευτέρα έως Παρασκευή 9:00 έως 14:00
- Διάρκεια συνεδρίας 45 λεπτών

Χρέωση

Η χρέωση του προγράμματος έχει ως εξής:

- **Ανά εξάμηνο** - περιλαμβάνει τρεις (3) συνεδρίες με κόστος **108 €**.
- **Ανά έτος** - περιλαμβάνει έξι (6) συνεδρίες με κόστος **216 €**.

Για την έναρξη των ως άνω καλύψεων θα πρέπει να έχει πραγματοποιηθεί η ολική εξόφληση αυτών.



ΠΑΠΑΝΑΓΝΟΣ & ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ
ΠΡΑΚΤΟΡΕΙΟ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ

Όροι – προϋποθέσεις

Επιλέγοντας το παρόν πρόγραμμα ισχύουν τα κάτωθι:

- Οι συνεδρίες πραγματοποιούνται εξ' αποστάσεως.
- Δια ζώσης συνεδρίες μπορούν να πραγματοποιηθούν στα γραφεία μας, Αθήνα & Πειραιά.
- Σε περίπτωση που δεν έχει οριστεί συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα πραγματοποίησης συνεδριών, τότε θα πρέπει να υπάρχει προγραμματισμός αυτών τουλάχιστον 5 μέρες νωρίτερα και πάντα σε εργάσιμη ημέρα.
- Η κάλυψη δεν αφορά ημερολογιακό έτος.
- Οι συνεδρίες μπορούν να ολοκληρωθούν πριν την ημερομηνία λήξης της σύμβασης.
- Οι συνεδρίες μπορούν να μεταβιβαστούν σε οποιοδήποτε μέλος της ίδιας οικογένειας, όπως δηλώνονται στην παρούσα αίτηση.
- Κερδίζετε έκπτωση 10% σε περίπτωση αγοράς νέου προγράμματος εντός τους ίδιου συμβατικού έτους.
- Για αγορά κάλυψης άνω των έξι (6) συνεδριών εξ αρχής, υπάρχει έκπτωση 10% ανά συνεδρία [πλέον των αρχικών έξι (6)].

Πολιτική Ακυρώσεων

- Οι συνεδρίες οι οποίες έχουν προγραμματιστεί και ακυρώνονται αναπληρώνονται μετά από συνεννόηση.
- Η ακύρωση θα πρέπει να γίνεται τουλάχιστον τρεις ώρες πριν την προγραμματισμένη συνεδρία.
- Σε περίπτωση ανωτέρας βίας, η ακύρωση μπορεί να γίνεται και αργότερα.
- Σε περίπτωση τριών (3) συνεχόμενων ακυρώσεων με υπαιτιότητα του συμβαλλόμενου ή μέλους της οικογένειας του, η συνεδρία θα χρεώνεται κανονικά ως πραγματοποιηθείσα.

Δηλώσεις –

Εξουσιοδοτήσεις συμβαλλόμενου και για λογαριασμό των μελών αυτού

Παρακαλώ να εκδώσετε σύμβαση με βάση τα στοιχεία που δήλωσα και σύμφωνα με τους ως άνω όρους που ισχύουν για παροχές / καλύψεις που επέλεξα και τους οποίους γνωρίζω και κατανόησα. Συμφωνώ πως οι παροχές θα ισχύσουν μετά την ολική εξόφληση προς την εταιρία σας.

Αριθμός σύμβασης : _____

Ημερομηνία σύμβασης : ____ / ____ / ____

Τα στοιχεία που δήλωσα σε αυτή την πρόταση, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που αφορούν τυχόν μέλη της οικογένειάς μου, είναι αληθινά, πλήρη και χωρίς παραλείψεις.

Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση για τα παραπάνω τα οποία και αποδέχομαι.

Εάν κατά το χρονικό διάστημα που θα μεσολαβήσει από την υπογραφή της παρούσας μέχρι την ημερομηνία λήξης του συμβολαίου, μεταβληθεί η οικογενειακή μου κατάσταση θα ενημερώσω εγγράφως την εταιρία, η οποία θα δικαιούται να αναθεωρήσει τους όρους των παρεχόμενων καλύψεων. Τυχόν παράλειψή μου ως προς τα ανωτέρω θα αποτελεί λόγο ακύρωσης της σύμβασης.

Ο αποδεχόμενους τους όρους

Όνομα & Υπογραφή

(Όνομα συμβαλλόμενου)

Η εταιρεία

Focus Lab Ε.Π.Ε.

Σωτήρος Διός 13-15
Πειραιάς 185 35
Α.Φ.Μ 800730707
Δ.Ο.Υ. Α' Πειραιά

Ο Ασφαλιστικός διαμεσολαβητής

Δημήτριος Παπανάγνος

Τριπτόλεμου 2
Βάρη 166 72
Α.Φ.Μ 046464198
Δ.Ο.Υ. Γλυφάδας



ΠΑΠΑΝΑΓΝΟΣ & ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ
ΠΡΑΚΤΟΡΕΙΟ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ

Λοιπές πληροφορίες - σημειώσεις

Πολιτική Προστασίας Προσωπικών δεδομένων

Τα προσωπικά σας δεδομένα συλλέγονται από τον Παναγιώτη Κωστόπουλο ως Υπεύθυνο Επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων κατά τον Ευρωπαϊκό Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679. Τα στοιχεία επικοινωνίας του Υπεύθυνου Επεξεργασίας, κ. Παναγιώτη Κωστόπουλου είναι τα κάτωθι:

Τηλέφωνο : +30 210 41 90 804

Διεύθυνση : Σωτήρος Διός 13-15, Πειραιάς 18535

email : contact@focuslab.gr

Τα στοιχεία που συλλέγονται κατά τις συνεδρίες της Focus Lab, καθώς και τα προσωπικά δεδομένα των υποκειμένων, επεξεργάζονται αποκλειστικά από την ομάδα ειδικών της Focus Lab (ψυχολόγοι, ειδικοί νευροανάδρασης, εργοθεραπευτές και λογοθεραπευτές) καθώς και το διοικητικό προσωπικό για λόγους οργάνωσης του υλικού και της προετοιμασίας των συνεδριών. Όλα τα ανωτέρω άτομα δεσμεύονται με σύμβαση εχεμύθειας και εμπιστευτικότητας με τη FL και η συλλογή και η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων αποσκοπεί στην εξυπηρέτηση των επιστημονικών αναγκών της εκάστοτε συνεδρίας.

Τα προσωπικά δεδομένα διατηρούνται στο αρχείο μας και στην περίπτωση που επιθυμείτε να έχετε πρόσβαση στα προσωπικά σας δεδομένα, όπως τηρούνται στη Focus Lab, παρακαλούμε όπως υποβάλετε τη σχετική αίτηση που θα βρείτε στο σημείο υποδοχής της εταιρίας, είτε ηλεκτρονικά μέσω της ιστοσελίδας μας <https://www.focuslab.gr/>.

Στην περίπτωση λήξης της συνεργασίας με τη Focus Lab, είτε πρόωρα είτε μετά το πέρας των συνεδριών, είναι δυνατή η μεταφορά των δεδομένων σας σε άλλο ανεξάρτητο της Focus Lab ειδικό της επιλογής σας. Σε αυτήν την περίπτωση δεν μεταφέρεται η ειδική τεχνογνωσία και τα αποτελέσματα της συνδυαστικής επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων μέσω του συνδυαστικού πρωτοκόλλου της FL. Η ως άνω παράγραφος ισχύει για πελάτες της Focus Lab που ακολουθούν τις συνδυαστικές συνεδρίες της FL (νευροανάδραση και εργοθεραπεία/λογοθεραπεία).



ΠΑΠΑΝΑΓΝΟΣ & ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ
ΠΡΑΚΤΟΡΕΙΟ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ

Αριθμός σύμβασης : _____

Ημερομηνία σύμβασης : _____ / _____ / _____

Η Focus Lab ΕΠΕ επιθυμεί να επικοινωνεί μαζί σας μέσω email και newsletter αναφορικά με άρθρα, νέα και δραστηριότητές της. Παρακαλούμε όπως μας δηλώσετε αν επιθυμείτε να λαμβάνετε ενημερωτικά email και newsletter από τη Focus Lab στη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου που θα μας διαθέσετε ή μας έχετε ήδη διαθέσει.

- Επιθυμώ να λαμβάνω ενημερωτικά email και newsletter από τη Focus Lab.
- Δεν επιθυμώ να λαμβάνω ενημερωτικά email και newsletter από τη Focus Lab.

Παρακαλούμε όπως επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων σε περίπτωση που επιθυμείτε να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας για τη συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων σας από τη Focus Lab.

Βάσει του Γενικού Κανονισμού της Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, κάθε υποκείμενο δεδομένων (στην περίπτωση ανηλίκου, οι ασκούντες τη γονική μέριμνα) έχει τη δυνατότητα υποβολής καταγγελίας στην αρμόδια εποπτική αρχή στην περίπτωση διαπίστωσης χρήσης και επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων αντίθετα με τους σκοπούς επεξεργασίας και αντίθετα προς την πολιτική προστασίας της Focus Lab.

Ο αποδεχόμενος τους όρους

Όνομα & Υπογραφή

(Όνομα συμβαλλόμενου)