



Dr. Laura Götz – Private Praxis für Therapie&Coaching

Mannheimerstr. 80, 51107 Köln – Telefon: 0221/789 471 65 – WhatsApp: 01573 0600830

E-Mail: office@dr-lauragotz.com – www.dr-lauragotz.com

Honorarvereinbarung für Selbstzahler

zwischen

Vorname, Nachname
Strasse

PLZ Ort

und

Dr. Laura Götz – Therapie&Coaching

Es wird die Durchführung einer psychosomatischen Behandlung/Coaching vereinbart.

Die Therapeutin reserviert die erforderlichen Therapiestunden zu fest vereinbarten Terminen.

Der/Die Klient*in verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 48 Stunden vor dem Termin abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig bis zu der vorgenannten Frist, wird dem/der Klient*in die ausgefallene Stunde mit **75 €** als Ausfallhonorar in Rechnung gestellt, bzw. wird nur Teil der im voraus bezahlte Summe zurücküberwiesen.

Vereinbartes Honorar: **180 Euro/50 Min**, es sei denn, es wird eine andere Honorarvereinbarung getroffen (z.B. Coaching-Pakete).

Das Honorar ist mit der Terminreservierung bis spätestens 48 Stunden vor dem Termin auf dem unten genannten Konto zu überweisen, sonst wird die Reservierung storniert.

Es besteht die Möglichkeit das Behandlungsverhältnis (Vertrag) ohne Einhaltung einer Frist zu beenden.

Datum , Ort

Unterschrift Klient*in Unterschrift Therapeutin

Konto Sparkasse Köln-Bonn / IBAN: DE43 3705 0198 1932 5453 85 / BIC: COLSDE33XX

Finanzamt: Köln Porz - Steuer ID: 214/2397/2818



Dr. Laura Götz – Private Praxis für Therapie&Coaching

Mannheimerstr. 80, 51107 Köln – Telefon: 0221/789 471 65 – WhatsApp: 01573 0600830

E-Mail: office@dr-lauragotz.com – www.dr-lauragotz.com

Honorarvereinbarung für Selbstzahler

BESONDERE LEISTUNG

zwischen

Vorname, Nachname

Strasse

PLZ Ort

Dr. Laura Götz – Therapie&Coaching

Es wird die Durchführung einer psychosomatischen Behandlung/Coaching für **multiple Teilnehmer** vereinbart.

Die Therapeutin reserviert die erforderlichen Therapiestunden zu fest vereinbarten Terminen.

Der/Die Klient*in verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 48 Stunden vor dem Termin abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig bis zu der vorgenannten Frist, wird dem/der Klient*in die ausgefallene Stunde mit **100 €** als Ausfallhonorar in Rechnung gestellt, bzw. wird nur Teil der im voraus bezahlte Summe zurücküberwiesen.

Vereinbartes Honorar: **100 Euro pro Person / pro 50 Min** Sitzung.

Das Honorar ist mit der Terminreservierung bis spätestens 48 Stunden vor dem Termin auf dem unten genannten Konto zu überweisen, sonst wird die Reservierung storniert.

Es besteht die Möglichkeit das Behandlungsverhältnis (Vertrag) ohne Einhaltung einer Frist zu beenden.

Datum ,

Ort

Unterschrift Klient*in

Unterschrift Therapeutin

Konto Sparkasse Köln-Bonn / IBAN: DE43 3705 0198 1932 5453 85 / BIC: COLSDE33XX

Finanzamt: Köln Porz - Steuer ID: 214/2397/2818



Dr. Laura Götz – Private Praxis für Therapie&Coaching

Mannheimerstr. 80, 51107 Köln – Telefon: 0221/789 471 65 – WhatsApp: 01573 0600830

E-Mail: office@dr-lauragotz.com – www.dr-lauragotz.com

Honorarvereinbarung für ein TEAM-COACHING / WORKSHOP

zwischen

Vorname, Nachname

Strasse

PLZ O

und

Dr. Laura Götz – Therapie&Coaching

Es wird die Durchführung eines Workshops/Coachings für **multiple Teilnehmer** am
..... vereinbart

Thema:

Die Therapeutin reserviert die erforderlichen Stunden zu fest vereinbarten Terminen.

Der/Die Klient*in verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens 7 Arbeitstage vor dem Termin abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig bis zu der vorgenannten Frist, wird dem/der Klient*in die ausgefallene Stunde mit **200 €** als Ausfallhonorar in Rechnung gestellt, bzw. wird nur Teil der im voraus bezahlte Summe zurücküberwiesen.

Vereinbartes Honorar: **Euro pro Workshop/Coaching.**

Das Honorar ist mit der Terminreservierung bis spätestens 10 Arbeitstage vor dem Termin auf dem unten genannten Konto zu überweisen, sonst wird die Reservierung storniert.

Es besteht die Möglichkeit das Behandlungsverhältnis (Vertrag) ohne Einhaltung einer Frist zu beenden.

Datum ,

Ort

Unterschrift Klient*in

Unterschrift Therapeutin