Ihr Zeichen Unser Zeichen Datum

**Vereinbarung**

zwischen dem Autismus-Therapie-Zentrum, Bleichstraße 185, 33607 Bielefeld

und

…………………………………………………

Es wird vereinbart, dass die Kosten für die Autismustherapie in Höhe von 95,65 Euro pro Therapiestunde ab dem ………………………. übernommen werden. Es werden …. Therapiestunden in der Woche vereinbart. Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.

Bielefeld, den

Andrea Höner Unterschrift des Selbstzahlers

Geschäftsführung