Ihr Zeichen Unser Zeichen Datum

**Vereinbarung**

zwischen dem Autismus-Therapie-Zentrum, Neuenkirchener Straße 18 - 20, 33332 Gütersloh

und

…………………………………………………

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

Gütersloh, den

Andrea Höner Unterschrift des Selbstzahlers

Geschäftsführung