



Szűcs Anikó

Tel: +36 30 212 2929

www.alelektere.hu

Adószám: 53754435-1-43

Szh: 1193, Bp, Deák F. u. 47.

HÁZIREND

A Légtér **alapvető kommunikációs formája a tegeződés**. Amennyiben ez számodra problémát okoz, kérlek jelezd előre és természetesen figyelembe veszem.

Időpontfoglalás:

Időpontot **telefonon, e-mail-ben, vagy a honlapon** keresztül lehetséges lefoglalni. Kérlek vedd figyelembe, hogy a honlapon feltüntetett, kezelésekre vonatkozó időtartamok tájékoztató jellegűek, tarthat egy ülés rövidebb, de hosszabb ideig is, így lehetőleg olyan időpontot foglalj, ami kellő szabadságot ad számodra és számomra is.

Felkészülés a lefoglalt időpontra:

Tekints úgy az időpontodra, mint kijelölt „Énidő”. 😊 Engedd kicsit el a mindennapos problémákat és készülj úgy, hogy együtt mindezeket kicsit feljebb emelkedünk és majd onnan nézünk rájuk.

Lehetőleg aznap amikor hozzám jössz, **ne fogyassz alkoholt**. Bármelyik terápiás ülésről beszélünk, lényeges, hogy a szervezet (és az agyad) tiszta legyen. Alkohol fogyasztása és/vagy befolyásoltság esetén a klienst elküldöm és a teljes kezelési díjat számolom fel a részére.

Lemondás:

Lemondás/módosítási szándékodat kérlek **mihamarabb jelezd a részemre**. 72 órán belüli, de még nem 24 órán belüli lemondás esetén a kiválasztott terápia 50%-át számolom fel lemondási díjként. 24 órán belüli lemondás/módosítás, illetve időponton nem megjelenés esetén a kiválasztott terápia teljes díját számolom fel.

Asztrológiai szolgáltatások esetén: bármely asztrológiai szolgáltatás 1 héten belüli teljes lemondása esetén (tehát nem időpontmódosítás) a kiválasztott szolgáltatás 50%-át számolom fel lemondási díjként, mivel a találkozásunk előtt számos munkaórát fektetek bele abba, hogy megismerjem a születési képletet. Időpontmódosításra az első bekezdésben leírtak az érvényesek.

Amiről lényeges, hogy szólj nekem:

Amennyiben fülakupunktúrás kezelésed előtt bármilyen változás bekövetkezik egészségi állapotodban, úgy kérlek még a kezelés megkezdése előtt tájékoztass róla. Lényeges, hogy csak megfelelő egészségi állapotban alkalmazzuk ezt a terápiás módszert.

A fentieket elolvastam, tudomásul veszem és aláírással igazolom, hogy a Házi rendet elfogadom.

Dátum: _____

Név: _____

Aláírás: _____