

DOCUMENTO DE SOLICITUD DE SERVICIO DE SUPERVISIÓN CLÍNICA Y
ACPETACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SUPERVISIÓN

D/Dª _____ con DNI _____, de profesión _____, centro de trabajo _____ y ciudad de residencia _____, desea contratar los servicios de Supervisión de Dª Griselda Herrero Martín, con DNI 28778887E, de Norte Salud Psiconutrición (GHM Health Consulting con CIF B90471707), con las siguientes especificaciones:

1. Las supervisiones serán totalmente confidenciales, en todos los aspectos y sesiones.
2. Una vez se reciba el formulario de supervisión inicial y éste sea cumplimentado, se enviará a info@nortesalud.com (en PDF).
3. A partir de ese momento, se dispondrá de un plazo máximo de un mes para realizar la supervisión, acordando previamente y de mutuo acuerdo una fecha para realizar dicha supervisión.
4. En este plazo, se podrán realizar consultas desde Norte Salud Psiconutrición para ampliar la información, si se considera necesario, en cuyo caso se realizará a través de mail.
5. La sesión de supervisión tendrá una duración de una hora aproximadamente y se realizará de forma virtual a través de Zoom (enviándose el enlace unos minutos antes de la hora y día previstos al correo electrónico).
6. Tras la primera sesión se podrán acordar sesiones de revisión, cuya duración podrá ser de 30 o 60 minutos. Estas sesiones sólo se pueden contratar posteriormente a haber tenido una sesión inicial.
7. Los días y horarios de supervisión serán acordados mutuamente, sin poder asegurar ajustarse a las preferencias indicadas, aunque se intentará.
8. Los pagos deberán realizarse en el momento de la contratación del servicio (a través del enlace: <https://nortesalud.com/producto/supervisiones/>): bien cuando se

envía el presente documento de solicitud y aceptación firmado o bien en el momento en que se solicita y acuerde una revisión.

9. La posterior cancelación de la sesión de supervisión, una vez acordada y realizados los pagos, no conllevan devoluciones de importes abonados.
10. Se podrán realizar cambios de fechas siempre que se avise con un plazo superior a una semana, en cuyo caso se deberán ajustar a la disponibilidad de Norte Salud pudiendo no cumplirse el tiempo establecido en el punto 3.

Especificar la temática de la supervisión:

Preferencias horarias (días y franja horaria) para la supervisión:

Mediante el presente documento se aceptan todas las condiciones de los servicios de supervisión.

Fecha:

Firma: