

Date d'entrée prévue le : .....

**INFORMATIONS PATIENT**

Je soussigné(e) Monsieur, Madame

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Nom d'épouse : ..... Sexe : M  F

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tel (fixe) : ..... Tel (mobile) : .....

Adresse mail : ..... Médecin traitant : .....

Personne à prévenir : ..... Lien de parenté : .....

Tel (fixe) : ..... Tel (mobile) : .....

Je souhaite que ma présence au sein de la clinique ne soit pas divulguée

**SOUHAITS du patient pour son HOSPITALISATION**

Facturation du 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation jusqu'au jour de sortie inclus.

*Les prestations sont facturées directement à la sortie de la clinique.*

\* Détails des prestations hôtelières sur le feuillet « Informations tarifaires »

	Oui	Non
<b>Chambre double</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Télévision : 5,50 € par tranche de 24h (3,50 € à partir du 15<sup>ème</sup> jour) (TVA 20% incluse)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ouverture ligne téléphonique : 6 € pour le séjour (TVA 20% incluse)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Chambre individuelle « Pack Confort »*</b> <i>Sous réserve de disponibilité</i> 90 €/ Jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Chambre individuelle « Pack Premium »*</b> 110 €/ Jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coût des communications : <i>Appels locaux, nationaux ou GSM : 0,018€ la 1<sup>ère</sup> seconde puis 0,08€/min (tarification à la seconde)</i>		

A ....., le .....

**SIGNATURE** précédée de la mention « **Lu et approuvé** »  
(Préciser nom et pour ordre si signataire différent du patient)

Pour les séjours en hospitalisation complète <b>SI PAS DE TIERS PAYANTS (Mutuelle, CMU, ...)</b>	Date	Signature
Un acompte de 75 € vous sera demandé lors de votre entrée		