

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^{er} 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
Chambre double	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Télévision : 5,50 € par tranche de 24h (3,50 € à partir du 15^{ème} 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"/>
Chambre individuelle « Pack Confort »* <i>Sous réserve de disponibilité</i> 90 €/ Jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chambre individuelle « Pack Premium »* 110 €/ Jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coût des communications : <i>Appels locaux, nationaux ou GSM : 0,018€ la 1^{ère} 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 SI PAS DE TIERS PAYANTS (Mutuelle, CMU, ...)	Date	Signature
Un acompte de 75 € vous sera demandé lors de votre entrée		