

Cochez les prestations hôtelières dont vous souhaitez bénéficier pour votre séjour.  
Nous nous efforcerons d'y répondre **sous réserve de disponibilité de ces prestations.**

**Chambre particulière « Privilège »**

60 € par jour

- Chambre individuelle
- TV
- Internet par WIFI
- Ouverture de la ligne téléphonique

**Les + de la formule :**

- + Les services inclus à un prix plus attractif qu'à la carte
- + Vous bénéficiez de l'intimité d'une chambre individuelle
- + Cette formule peut être prise en charge selon les complémentaires santé.  
Renseignez-vous auprès de votre mutuelle !

**Chambre standard**

40 € par jour

**Chambre double \*** (chambre partagée à 2 patients)

PEC Ass. Maladie

*\* En l'absence de chambre double disponible, vous serez affecté dans une chambre individuelle facturée à hauteur de votre prise en charge mutuelle jusqu'à libération d'une place en chambre double.*

## AUTRES SERVICES

### Télévision (Chaines nationales + TNT)

- 6,12 € par jour
- 30,60 € par semaine (7jours)
- 61,20 € par mois (30 jours)

### Ouverture de ligne téléphonique

- 5€

### Internet par WIFI

- 2,45 € par jour
- 14,79 € par semaine (7 jours)
- 48,96 € par mois (30 jours)

### Linge

- 25€ par filet

### Par la signature de ce document vous attestez :

- Que les options cochées correspondent bien à la demande formulée
- Avoir été informé que ces prix sont facturés y compris en cas de permission de week-end
- Avoir été informé que la somme non prise en charge par la mutuelle vous sera directement facturée

<b>Date :</b> .....	<b>Etiquette patient</b>
<b>Signature du patient :</b>	

---

### *Si la demande n'est pas faite par le patient lui-même (ex : représentant légal)*

---

NOM Prénom : .....

Qualité (tuteur, ...) : .....

- Que les options cochées correspondent bien à la demande formulée
- Avoir été informé que ces prix sont facturés y compris en cas de permission de week-end
- Avoir été informé que la somme non prise en charge par la mutuelle vous sera directement facturée

DATE : .....

Signature : .....

---

### *Si le patient est dans l'incapacité d'écrire / signer sa demande*

---

Si vous ne pouvez pas écrire, deux témoins attestent que la demande respecte votre volonté libre et éclairée.

Témoin 1 :

NOM : ..... Prénom : .....

Qualité : .....

Fait le ..... La Membrolle sur Choisille

Signature : .....

Témoin 2 :

NOM : ..... Prénom : .....

Qualité : .....

Fait le ..... La Membrolle sur Choisille

Signature : .....