

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 »

63 € 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

42 € par jour

☐ Chambre double (chambre partagée à 2 patients)

PEC Ass. Maladie

AUTRES SERVICES

Télévision (Chaines nationales + TNT)

- ☐ 6,30 € par jour
- ☐ 31,52 € par semaine (7 jours)
- ☐ 63,04 € par mois (30 jours)

Ouverture de ligne téléphonique

- ☐ 5€

Internet par WIFI

- ☐ 2,52 € par jour
- ☐ 15,23 € par semaine (7 jours)
- ☐ 50,43 € par mois (30 jours)

Linge

- ☐ 25,50 € 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

Date :

Signature du patient :

Etiquette patient

Incapacité à formuler une demande / incapacité d'écrire :

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 Choisisle

Signature :

Témoin 2 :

NOM : Prénom :

Qualité :

Fait le La Membrolle sur Choisisle

Signature :