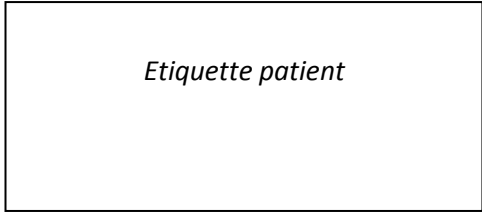




AVIS D'ADMISSION Ambulatoire



Nom (en capitales) :

Prénom : Date de naissance : /..... /.....

Adresse : Rue :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

N° de téléphone de(s) personne(s) à prévenir :

M. – Mme au /..... /..... /..... /.....

M. – Mme au /..... /..... /..... /.....

Date d'admission et d'intervention : /..... /.....

Nom du praticien :

*Durant votre hospitalisation, vous pouvez bénéficier des prestations hôtelières suivantes :
Votre choix de chambre particulière sera pris en compte sous réserve de disponibilité dans le service (sans garantie)*

Chambre particulière	<input type="checkbox"/>	60€
Chambre double	<input type="checkbox"/>	
Vos options à la carte (cochez) :		
Wifi Haut débit	<input type="checkbox"/>	5€/jour

- ✓ Je déclare avoir pris connaissance du livret d'accueil et des divers suppléments dont le paiement est susceptible d'être réclamé (honoraires praticiens et frais clinique).
- ✓ Je déclare avoir été invité(e) à déposer toute valeur au coffre.

Date : /..... /.....

Signature du patient :

Signature père et mère :
(si intervention pour mineur)