



**Clinique
Lambert**

AVIS D'ADMISSION Hospitalisation

Etiquette patient

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 : / / Date 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)

Des formules à votre disposition (cochez) :		
SOLO :	- Chambre particulière <input type="checkbox"/> 115€	
SOLO plus :	- Chambre particulière <input type="checkbox"/> 130€ - Télévision et Wifi en Haut débit - Téléphone (hors communication) - Petit déjeuner Plaisir	
SOLO confort :	- Chambre particulière <input type="checkbox"/> 190€ - Télévision et Wifi en Haut débit - Téléphone (hors communication) - Petit déjeuner Plaisir - Déjeuner et Diner Plaisir (Gault et Millau) - Lit accompagnant + PDJ + 1 repas plaisir - Peignoir, serviettes et produits de beauté - Un magazine par semaine	
Chambre double <input type="checkbox"/>		
Vos options à la carte (cochez) :		
Télévision <input type="checkbox"/>	6€/jour	
Téléphone <input type="checkbox"/>	Ouverture de ligne : 5€ + 0,20€/min	
Wifi Haut débit <input type="checkbox"/>	5€/jour	
Lit accompagnant + Petit déjeuner <input type="checkbox"/>	Faire la demande auprès des soignants 35€ par nuit	
Petit déjeuner Plaisir <input type="checkbox"/>		10€
Repas Plaisir (Gault et Millau) <input type="checkbox"/>		20€

✓ 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)