



DEMANDE DE PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES

Vous souhaitez être hébergé(e) en chambre double* :

Oui

Je souhaite bénéficier des prestations suivantes :

Télévision ⇒ 5.50 € / jour OUI NON

Pour les chambres doubles, un casque à usage unique sera remis gratuitement.

En cas de perte ou de casse, il pourra être remplacé au prix de 3.50€.

Facture à acquitter à la sortie

TELEPHONE ouverture de ligne NATIONAL INTERNATIONAL NON

Frais d'ouverture de ligne 3€ + coût de la communication

Facture à acquitter à la sortie

WIFI ouverture de droits d'accès OUI NON

Gratuit

() Dans le cas où pour des raisons techniques, de fonctionnement ou médicales, nous serions amenés à vous héberger en chambre particulière, seules les prestations que vous avez cochées vous seront facturées (télévision, téléphone).*

Je m'engage à payer les frais liés aux différentes prestations qui ne seraient pas prises en charge par ma mutuelle.

Nom :

.....

Prénom :

.....

Date :

Signature :

Si le patient n'est pas le signataire du document :

Nom du signataire :

Lien avec le patient :

Date :

Signature :

J'ai informé le patient qu'il sera amené à s'acquitter d'une facture correspondant aux prestations supplémentaires demandées.