

 PÔLE SANITAIRE <b>CERDAN</b> / ÁREA SANITÀRIA <b>CERDANA</b>	Gérer le parcours administratif du patient  <b>PRESTATIONS HOTELIERES</b>	<b>Réf : FORM-PAT1-04 V5</b> <b>Date mise à jour :</b> 01/01/2026 <b>Page 1 sur 1</b>
---	---	--

### VOLET ADMISSIONS

Je, soussigné.e

**NOM Prénom :** .....

**N° de chambre :** .....

**Date :** .....

Demande à bénéficier des prestations suivantes :

- Chambre particulière** : 55€ par jour
- Pack multimédia simple (TV + radio + Wifi)** : 4,50€/jour\*
- Pack multimédia complet (TV + radio + Wifi + Internet + journaux + jeux + livres)** : : 7,50€/jour\*
- Prestation linge** : 15€ par prestation (lavage, séchage, repassage)

\* Règlement par avance. Les crédits non consommés ne seront pas remboursés.

et m'engage à régler au GCS Pôle Sanitaire Cerdan les frais restant à ma charge après participation de la mutuelle.

**Signature :**

----->

### VOLET SERVICE

**NOM Prénom :** .....

**N° de chambre :** .....

**Date :** .....

- Chambre particulière**
- Pack multimédia**
- Prestation linge**
- Téléphone**