

	Gérer le parcours administratif du patient	Réf : FORM-PAT1-04 V5
	PRESTATIONS HOTELIERES	Date mise à jour : 01/01/2026
		Page 1 sur 1

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