

PRESTATIONS OPTIONNELLES

SEJOUR AMBULATOIRE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

N° Tél :

Mail :

Date d'entrée :

Prestations		Tarifs	Option(s) choisie(s) :
Chambre particulière	Forfait multimédia : TV + WIFI	50 € / séjour	<input type="checkbox"/>
Chambre particulière court séjour	Adaptée pour la chirurgie rapide (chirurgie de la main, cataractes, endoveineux).	30 € / séjour	<input type="checkbox"/>
Chambre double		Aucun supplément	<input type="checkbox"/>
Forfait multimédia	TV + Wifi	6 € / jour	<input type="checkbox"/>

Facturation du premier jour de l'hospitalisation au jour de la sortie inclus - Toute prestation entamée est due pour la journée.

 Je soussigné(e), M, Mme :
- reconnais avoir été informé(e) de l'ensemble des prestations optionnelles dont je pouvais disposer durant mon séjour à la clinique Saint Charles ainsi que des tarifs liés à ces prestations
- consens et m'engage, en cochant la ou les case(s) ci-dessus, à régler les prestations optionnelles choisies

Fait à Signature du patient ou du représentant légal :

Le / /

PRESTATIONS OPTIONNELLES

SEJOUR CHIRURGIE ET MEDECINE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

N° Tél :

Mail :

Date d'entrée :

Prestations		Tarifs	Option(s) choisie(s) :
Chambre Particulière	Forfait multimédia : TV + WIFI	95 € / jour	<input type="checkbox"/>
Chambre Avantage	<ul style="list-style-type: none"> Forfait multimédia : TV + WIFI 1 drap de bain, 1 serviette de toilette et des produits d'hygiène par jour. 1 quotidien par jour. 	115 € / jour	<input type="checkbox"/>
Chambre Sérenité	<ul style="list-style-type: none"> Forfait multimédia : TV + WIFI 1 drap de bain, 1 serviette de toilette et des produits d'hygiène par jour. 1 quotidien par jour. 1 revue à l'entrée 1 plateau de courtoisie journalier 	150 € / jour	<input type="checkbox"/>
Chambre double		Aucun supplément	<input type="checkbox"/>
Service TWIN	<ul style="list-style-type: none"> Lit accompagnant 1 petit-déjeuner 1 repas 	39 € / jour	<input type="checkbox"/>
Forfait multimédia	TV + Wifi	6 € / jour	<input type="checkbox"/>

Facturation du premier jour de l'hospitalisation au jour de la sortie inclus - Toute prestation entamée est due pour la journée.

 Je soussigné(e), M, Mme :

- reconnaiss avoir été informé(e) de l'ensemble des prestations optionnelles dont je pouvais disposer durant mon séjour à la clinique Saint Charles ainsi que des tarifs liés à ces prestations

- consens et m'engage, en cochant la ou les case(s) ci-dessus, à régler les prestations optionnelles choisies

Fait à Signature du patient ou du représentant légal :

Le / /

PRESTATIONS OPTIONNELLES

SEJOUR MATERNITE

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

N° Tél :

Mail :

Date du terme :

Prestations		Tarifs	Option(s) choisie(s) :
Chambre Particulière	Forfait multimédia : TV + WIFI	80 € / jour	<input type="checkbox"/>
Chambre Confort	<ul style="list-style-type: none"> • Forfait multimédia : TV + WIFI • 1 drap de bain, 1 serviette de toilette et des produits d'hygiène par jour. • Couchette accompagnant avec petit-déjeuner par jour 	115 € / jour	<input type="checkbox"/>
Chambre double		Aucun supplément	<input type="checkbox"/>
Couchette accompagnant	<ul style="list-style-type: none"> • Couchette • Petit-déjeuner 	20 € / jour	<input type="checkbox"/>
Forfait multimédia	TV + Wifi	6 € / jour	<input type="checkbox"/>

Facturation du premier jour de l'hospitalisation au jour de la sortie inclus - Toute prestation entamée est due pour la journée.

 Je soussignée, Mme :
 - reconnais avoir été informée de l'ensemble des prestations optionnelles dont je pouvais disposer durant mon séjour à la clinique Saint Charles ainsi que des tarifs liés à ces prestations
 - consens et m'engage, en cochant la ou les case(s) ci-dessus, à régler les prestations optionnelles choisies

Fait à Signature de la patiente ou du représentant légal :

Le / /

PRESTATIONS OPTIONNELLES

SEJOUR SOINS MEDICAUX READAPTATION

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

N° Tél :

Mail :

Date d'entrée :

Prestations		Tarifs	Option(s) choisie(s) :
Chambre Particulière	Forfait multimédia : TV + WIFI	80 € / jour	<input type="checkbox"/>
Chambre Avantage	<ul style="list-style-type: none"> Forfait multimédia : TV + WIFI 1 drap de bain, 1 serviette de toilette et des produits d'hygiène par jour. 1 quotidien par jour. 	105 € / jour	<input type="checkbox"/>
Chambre Sérenité	<ul style="list-style-type: none"> Forfait multimédia : TV + WIFI 1 drap de bain, 1 serviette de toilette et des produits d'hygiène par jour. 1 quotidien par jour. 1 revue lors du séjour 1 bouquet ou 1 prestation coiffeur par séjour 	150 € / jour	<input type="checkbox"/>
Chambre double		Aucun supplément	<input type="checkbox"/>
Forfait multimédia	TV + Wifi	6 € / jour	<input type="checkbox"/>

Facturation du premier jour de l'hospitalisation au jour de la sortie inclus - Toute prestation entamée est due pour la journée.

 Je soussigné(e), M, Mme..... :

- reconnaiss avoir été informé(e) de l'ensemble des prestations optionnelles dont je pouvais disposer durant mon séjour à la clinique Saint Charles ainsi que des tarifs liés à ces prestations

- consens et m'engage, en cochant la ou les case(s) ci-dessus, à régler les prestations optionnelles choisies

Fait à Signature du patient ou du représentant légal :

Le / /