

DEMANDE DE CHAMBRE INDIVIDUELLE

Avant votre admission : à retourner par mail à admission@clinique-pasteur.com

Le jour de votre arrivée : à remettre à l'accueil de la Clinique Porte 1

Je soussigné(e)

(Étiquette)

N° de dossier :

Nom :

Prénom :

Date d'hospitalisation :

- Souhaite être placé(e) en **chambre individuelle** au tarif en vigueur, en fonction des disponibilités du service. La chambre est facturée **du jour d'entrée au jour de sortie inclus**.

A défaut de réception de la prise en charge dans le délai de l'hospitalisation, je m'engage à régler les sommes dues, sur présentation de la facture.

- Demande à partager ma chambre, la télévision ainsi que les sanitaires avec un autre patient*. En conséquence :

- J'accepte de NE PAS avoir d'accompagnant dans ma chambre.
- J'ai conscience que je peux subir des désagréments nuit et jour liés à mon voisin de chambre.
- Je peux être transféré vers une autre chambre ou un autre service 24h/24h nuit et jour

** Si je suis placé en chambre individuelle, je bénéficie d'une remise exceptionnelle sur le tarif de la chambre.*

Nom et signature de l'accompagnant

Nom et signature du patient