

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)

<i>(Étiquette)</i>
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**. *Hors Unité de Soins Aigus et Unité de Soins Intensifs de Cardiologie*

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

<i>Nom et signature de l'accompagnant</i>	<i>Nom et signature du patient</i>