



Clinique Saint Faron

GRUPE SAINT GATIEN

## PRESTATIONS HÔTELIÈRES

DP.ENR.005

### Prestations hôtelières :

Je déclare choisir **sous réserve de la disponibilité** du planning des chambres pour les chambres seules, lit accompagnant et kit confort :

Service AMBULATOIRE (tarif par jour)	Service MEDECINE (tarif par jour)	Service CHIRURGIE (tarif par jour)
<input type="checkbox"/> Chambre seule : 45€/ J <input type="checkbox"/> Chambre double	<input type="checkbox"/> Chambre seule sans douche : 85€/ J <input type="checkbox"/> Chambre seule avec douche : 120€/ J <input type="checkbox"/> Chambre double <input type="checkbox"/> Forfait accompagnant (uniquement chambre seule) : 35€/ J (Lit accompagnant + 1 repas + 1 petit déjeuner) <input type="checkbox"/> Nuit accompagnant (uniquement chambre seule) : 25€/J (Lit accompagnant + 1 petit déjeuner)	<input type="checkbox"/> Chambre seule sans douche : 85€ / J <input type="checkbox"/> Chambre seule avec douche : 120€/ J  <input type="checkbox"/> Chambre Confort : 150€/ J (Chambre seule avec douche, réfrigérateur personnel, boissons, gâteaux, kit hygiène) <input type="checkbox"/> Chambre double <input type="checkbox"/> Forfait accompagnant (uniquement chambre seule) : 35€/ J (Lit accompagnant+ 1 repas + 1 petit déjeuner)
	<input type="checkbox"/> Chambre Confort : 150€/ J (Chambre seule avec douche, réfrigérateur personnel, boissons, gâteaux, kit hygiène)	<input type="checkbox"/> Nuit accompagnant (uniquement chambre seule) : 25€/J (Lit accompagnant + 1 petit déjeuner)

Kit Hygiène : OUI  NON   
10€ pour 5 Jours, comprenant : serviette de toilette, produits d'hygiène, brosse à dents.

Téléphone : OUI  NON   
Ouverture de la ligne téléphonique 6€ plus les communications personnelles.

Télévision : OUI  NON   
6€ / jour + le Casque à 4€ (obligatoire en chambre double)  
télécommande à restituer à l'accueil le jour de votre sortie.

WIFI : OUI  NON   
5€ / jour

Repas accompagnant : OUI  NON   
10€ par repas

▶ Un chèque de garantie de 40 € vous sera demandé pour tout supplément (télévision, téléphone...)  
Ce chèque vous sera restitué le jour de votre sortie en échange de votre règlement.

▶ Je m'engage, en outre, à payer directement à la Clinique le montant des frais résultant des suppléments divers (téléphone, repas accompagnants....) et des frais non couverts, ou couverts partiellement, par ma mutuelle tels que le forfait journalier, le ticket modérateur forfaitaire, la chambre particulière et les dépassements d'honoraires ou éventuellement l'intégralité des frais si je n'étais pas pris en charge par un organisme d'Assurance.

Je m'engage à accepter de changer de chambre si la Direction de la Clinique l'estime nécessaire.

### Conditions d'admission :

Je reconnais avoir été informé qu'il est instamment recommandé de déposer à la réception les objets de valeur, contre reçu. La Direction décline toute responsabilité quant aux vols qui pourraient se produire dans l'établissement.

Je déclare avoir reçu le livret d'accueil de la clinique.

### Signatures :

Mareuil les Meaux, le .....

Signature :