

**Je choisis ma prestation hôtelière**

Catégorie prestation	Chambre particulière	Chambre double
Tarifs	62 €* ●	0€* ●
Chambre particulière	●	●
Télévision	●	●
Wifi	●	●
<b>Choix de la catégorie de prestation (à cocher) :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● *Inclus*      ● *Non inclus*      ● *En option sur demande*

*Si l'établissement ne peut répondre favorablement à votre demande de chambre particulière, vous séjournerez en chambre double et les prestations à la carte disponibles en **chambre double** seront à votre charge.*

**Options à la carte :**

	Tarifs	
Télévision	10 €/jour	<input type="checkbox"/>
Wifi	4 €/jour	<input type="checkbox"/>

Je soussigné(e) ..... déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations complémentaires appliqués au sein de l'établissement pour mon séjour du ..... à ma charge et/ou celle de ma mutuelle, et reconnais avoir choisi les prestations sélectionnées ci-dessus.

Je déclare être informé(e) :

- Du paiement du forfait hospitalier de 20 €/jour y compris le jour de sortie sauf en cas de prise en charge par ma mutuelle ou de dérogations prévues par la loi.
- Du paiement de la Participation Assuré Transitoire (PAT) forfaitaire de 24 € par jour sauf en cas de prise en charge par la mutuelle ou de dérogation prévues par la loi.
- Du paiement des prestations complémentaires choisies ci-dessus.

Je m'engage à régler la totalité des frais susmentionnés à ma charge le jour de ma sortie de l'établissement.

Fait à : ..... le : ... / ... / ...

Signature :