



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT D'UNE CHAMBRE PARTICULIERE

Etiquette du patient

Je soussigné(e),.....

atteste avoir été informé(e) des prix d'une chambre particulière lors de mon hospitalisation au sein du Centre Hospitalier de Capesterre Belle-Eau.

Montant journalier de la chambre particulière : **50 €**

Engagement financier

Je **souhaite** bénéficier d'une chambre particulière et accepte les frais associés*.

**Je reconnais avoir pris connaissance des conditions financières et d'attribution d'une chambre particulière, et je m'engage à régler les frais non couverts par mon organisme de santé.*

Je **renonce** à une chambre particulière et opte pour une chambre partagée.

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Prise en charge par la mutuelle/assurance : Oui Non Partielle

Si prise en charge partielle, reste à charge estimé : _____ € par jour

Date : ____ / ____ / ____

Signature du patient ou de son représentant légal :
(Signature précédée de la mention "Lu et approuvé")