



FORMULAIRE DE DEMANDE DE REPAS POUR LES ACCOMPAGNANTS

EHPAD
Nou Gran Moun

Etiquette du patient

*Merci de compléter ce formulaire au moins 72 heures avant la date de repas souhaité.
Remettre ce document au cadre du service.*

Prix

Petit-déjeuner : 6.50€

Déjeuner : 9.50€

Diner : 9.50€

Nom et prénom du patient

Unité et numéro de chambre du résident

Nom, prénom et coordonnées de l'accompagnant :

.....

Date(s) du repas :

Type de repas

Quantité

Petit – déjeuner

Déjeuner

Diner

Moyens de paiement

Espèces

Carte bancaires

Virement (IBAN : FR736 1007 1971 0000 0020 0591 648)

Date et signature de l'accompagnant