

 CHCBE Centre Hospitalier de Capesterre-Belle-Eau	FORMULAIRE DE DEMANDE DE TELEVISION - TELEPHONE	
--	--	---

Etiquette du patient

Je soussigné (e), Mr / Mme / Melle :

Lien de parenté avec le patient :

Demeurant :

Numéro de téléphone :

Déclare que Mr / Mme :

Numéro de chambre :

Si changement de chambre :

☐ Accepte la télévision (Médecine)

☐ Accepte le Terminal multimédia¹ et le forfait téléphonique 2 heures avec internet illimité:

0,80 centimes / jours pour l'EHPAD ;

0,80 centimes / jours pour l'USLD ;

2,00 € / jours pour le SMR ;

5,00 € / jours pour la Médecine.

☐ Refuse la télévision (Médecine)

☐ Refuse l'accès au Terminal multimédia et au téléphone.

Fait à Capesterre Belle-Eau, le

(Deux exemplaires)

SIGNATURE

En cas de difficultés, veuillez contacter le Service Informatique par téléphone au 05 90 55 99 16
ou 05 90 55 99 47 ou 05 90 55 99 48 ou à l'adresse e-mail : support@chcbe-gpe.fr

¹ Terminal multimédia : Télévision, Radio, Visioconférence, Journaux, Livre, Jeux, Internet...