



UNITES SMR- SITE ARBOIS

ACTE D'ENGAGEMENT CHAMBRE PARTICULIERE

Je soussigné(e)

Bénéficie à ma demande d'une chambre particulière depuis le

Pour un montant de 42 € par jour d'hospitalisation.

* SELON LE MONTANT ACCORDE PAR JOUR et POUR LA DUREE par ma mutuelle. _____

* Je m'engage à payer le montant **restant dû en cas de non prise** en charge totale par ma mutuelle.

*Cocher votre choix

Date :

Signature du patient

Nom - prénom et lien de parenté
Du signataire -