



## UNITES SMR – SITE SALINS LES BAINS

### 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 -