

Engagement durant le séjour

Pour prendre en compte votre entrée, ce document doit être **IMPERATIVEMENT** renvoyé à l'établissement, complété et signé, **AVANT VOTRE ADMISSION**

Je soussigné(e) Code Accord(E) prénom nom usuel déclare avoir pris connaissance des tarifs des prestations proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de la mutuelle ou de l'assurance privée, et reconnait avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous, en cochant la ou les case(s) correspondante(s).

- ☐ Je reconnais avoir pris connaissance du livret d'accueil et des dispositions tarifaires ci-dessous disponibles sur le site internet de l'établissement : **www.lp-lh.fr**.

TARIFS DES PRESTATIONS DE SERVICE A REGLER PAR CHAQUE PATIENT	
FORFAIT JOURNALIER : Participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien pour toute hospitalisation de plus d'une journée	23 € par jour s'il n'est pas pris en charge par votre complémentaire santé (mutuelle ou assurance privée)
CHAMBRE PARTICULIERE	65 € par jour
LIT ACCOMPAGNANT	40 € par jour
TELEVISION Bouquet TNT	3 € par jour
TELEPHONE	0,15 € l'impulsion
CONNEXION WI-FI	Gratuit
REPAS ACCOMPAGNANT	15 € en semaine et 20 € les dimanches et jours fériés à midi
FORFAIT PERTE CLE PLACARD	5 €

- ☐ Je souhaite une **chambre particulière** et je m'engage à régler les sommes non prises en charge par la mutuelle ou l'assurance privée ;
- ☐ Je souhaite une **chambre double** et je m'engage à régler les sommes non prises en charge par la mutuelle ;
- ☐ Je souhaite la mise à disposition dans ma chambre de :
- ☐ Une ligne téléphonique,
 - ☐ La télévision,
 - ☐ Une connexion WIFI.
- ☐ J'ai déposé la caution de 500 €, par carte bancaire ou par chèque n°, qui me sera restituée après règlement de la facture des frais restant à ma charge, le jour de la sortie de l'établissement ;
- ☐ Je suis informé(e) Code Accord(E) que l'établissement décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol de tout objet (argent, chèquiers, cartes, bijoux, papiers, appareil dentaire ou auditif, ...) ;
- ☐ Je suis informé(e) Code Accord(E) que, sauf mon opposition, l'établissement transmettra les comptes rendus hospitaliers via mon adresse citoyenne sécurisée et sur mon espace santé personnel.

A Lège Cap Ferret

Le Date de valeur du document composé JJ mois AAAA Du patient ou de son représentant légal

Signature obligatoire

Précédée de la mention « Lu et approuvé »