

# FORMULAIRE DEMANDE / CONSENTEMENT DE CHAMBRE INDIVIDUELLE

Je soussigné(e)

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Date prévisionnelle de séjour : .....

Emplacement étiquette  
de séjour

Nom et adresse de la Complémentaire santé / Mutuelle :  
.....  
.....

Déclare avoir été informé(e) du tarif de la chambre individuelle de 58.50€ par jour.

**La chambre individuelle est attribuée en fonction des disponibilités du service, des impératifs médicaux : elle ne peut être garantie**

Oui, j'atteste demander ou consentir au placement en chambre individuelle :

**Je m'engage à régler un éventuel reste à charge, non pris en charge par ma mutuelle**

Oui, j'atteste demander ou consentir au placement en chambre individuelle :

**Uniquement si le montant facturé est intégralement pris en charge par ma mutuelle**

Non, je refuse le placement en chambre individuelle

Fait à Colmar, le .....

Signature de l'hospitalisé(e)

Ou du représentant légal

Lu et approuvé

Lu et approuvé

Document à remettre au service des Admissions (bâtiment 26 ou Pasteur 2), par mail admissions.hospitalisations@ch-colmar.fr. Pour toute information : 03 89 12 51 51