

MADAME

Nom, Prénom :
 Date de Naissance : .. /.. /....
 Adresse :

 Téléphone :
 Portable :
 Email :
 N° assuré social :/..

Nom de la personne à contacter en cas de besoin : Tél.:

VOTRE MÉDECIN PRESCRIPTEUR :

Nom, Prénom :
 Adresse :

NOM, PRÉNOM DE VOTRE MÉDECIN DE CURE :

.....

VOTRE CATÉGORIE :

- Cure thermale
- Forfait détente

VOTRE TRAITEMENT :

- Rhumatologie (RH)
- Pédiatrie (TDE)
- Gynécologie (GYN)

VOTRE PRISE EN CHARGE :

- Régime Général Sécurité Sociale
- Autre Précisez :

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU SALIES DU SALAT ?

- Mèdecin
- Relations, amis
- Publicité
- Journaux
- Autre

MONSIEUR

Nom, Prénom :
 Date de Naissance : .. /.. /....
 Adresse :

 Téléphone :
 Portable :
 Email :
 N° assuré social :/..

DATES DE CURE SOUHAITÉES :

DU : AU :
 ou
 DU : AU :

HORAIRES SOUHAITÉES POUR LE DÉBUT DES SOINS : (dans la mesure de nos possibilités)

- entre 7h30 et 9h entre 8h30 et 10h
- entre 9h30 et 11h entre 10h30 et 12h

SOUHAITS POUR MA CURE :

.....

NOM DE VOTRE MUTUELLE :

.....

VOTRE HÉBERGEMENT :

- Résidence «les Salatines»
- Hôtel
- Camping
- Meublé
- Famille
- Autre

ARRHES DE RÉSERVATION :

Pour que votre réservation soit définitivement enregistrée, merci de nous retourner la présente fiche dûment complétée accompagnée d'un chèque de 40 € par personne (sauf prise en charge à 100%, article 115, CMU, sur justificatifs) à l'ordre de Régie de recettes LesThermes. Les arrhes de réservation seront déduites de votre facture de soins. Toute annulation devra nous être signalée dans les meilleurs délais. En cas d'annulation de cure par le curiste (sauf cas de force majeure, cas de décès du curiste ou d'empêchement d'ordre médical ou refus de prise en charge par la sécurité social, les cas justifiés par certificats officiels dans un délai de 15 jours à compter de la date de réception de l'annulation) le chèque sera encaissé.