



Prestation chambre particulière

*(Formulaire à rendre signé
au bureau des entrées)*

Centre Hospitalier Universitaire Dijon



**JUSTIFICATIF OPTION REGIME
PARTICULIER A PRESENTER
POUR ACTIVATION DE LA
PRESTATION TV**

**CE FORMULAIRE DOIT IMPERATIVEMENT ÊTRE SIGNÉ
PAR LA PATIENTE ELLE-MÊME
LA FACTURATION PREND EFFET A LA DATE D'ENTRÉE.**

Je soussignée,

NOM : **Prénom :**

Date de naissance :

Date d'entrée (ou date prévue) :

Souhaite bénéficier d'une chambre particulière au tarif de 65 € par jour (et bénéficier de la prestation TV incluse dans le forfait à la maternité)

Ne souhaite pas de chambre particulière

Dans le cas où ma mutuelle ne prend pas en charge la totalité ou ne participe que partiellement aux frais, je m'engage à payer les frais restant à ma charge.

Dijon, le

Signature de la patiente :

ETIQUETTE PATIENTE :

A compter du

Mme

Est admise à la maternité et a opté pour le Régime Particulier.

A ce titre elle peut bénéficier de la prestation TV incluse dans le forfait.

Dijon, le

Le bureau des Entrées :

(cachet et initiales agent)