

FORMULAIRE DE RESERVATION OPTION DE CONFORT

Ce formulaire est destiné au patient qui s'apprête à recevoir une intervention chirurgicale en ambulatoire.

Civilité : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Numéro de téléphone : _____

Adresse postale : _____

NPA : _____ Ville : _____

Adresse mail : _____

Date et heure d'amission : _____

Votre option de confort : [Cochez l'option ci-dessous qui vous convient](#)

- Confort** : Chambre individuelle en division commune
- Confort +** : Chambre individuelle et salle de bain privée

La prestation sélectionnée sera enregistrée, sous réserve des disponibilités des chambres, dès la réception de ce formulaire. Nous prendrons contact avec vous afin de confirmer cette réservation et organiser votre séjour.

Toute annulation dans un délai de moins 24 heures avant le jour de l'intervention vous sera facturée du montant de la prestation choisie.

Ces prestations supplémentaires (Confort et Confort +) ne sont pas remboursées par les assurances et sont à votre charge. À la suite de votre séjour à la Clinique la Colline, vous recevrez une facture du montant de la prestation choisie.

Date : _____

Signature : _____