

FORFAIT CONFORT AMBULATOIRE

Je reconnais avoir été informé(e) du forfait confort ambulatoire et m'engage à régler lors de mon admission la somme de 25€.

Fait à Metz, le ___/___/_____.

Signature



DEMANDE D'ANONYMAT

Je souhaite que mon hospitalisation reste anonyme.

Seul (e) Monsieur ou Madame _____

doit être prévenu (e) au N° de téléphone suivant _____

Fait à Metz, le ___/___/_____.

Signature



RESPONSABILITE EN CAS DE PERTE ou DE VOL

Je soussigné(e) _____

dégage la responsabilité de l'**Hôpital Clinique Claude Bernard** en cas de perte ou de vol d'une somme d'argent ou d'un objet de valeur, sauf pour ce que j'aurais déposé contre reçu au coffre de notre service accueil.

Fait à Metz, le ___/___/_____.

Signature

