

RÉSERVATION THERMALE

Tél. 04 92 32 32 92 - Fax 04 92 32 38 15

thermes@thermesdignelesbains.com

À RETOURNER À :

THERMES DE DIGNE LES BAINS

B.P. 163 - 29, AVENUE DES THERMES - 04005 DIGNE LES BAINS

Madame Mademoiselle

NOM (du curiste) _____

PRÉNOM (du curiste) _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

DATE DE NAISSANCE ____/____/____

TÉLÉPHONE _____ EMAIL _____

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (si différent du curiste) _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE _____

VOTRE CURE THERMALE

DATE SOUHAITÉE DE DÉBUT DE VOTRE CURE

____/____/____ (jour/mois/année)

HEURE SOUHAITÉE

POUR DÉBUTER VOS SOINS :

(Horaire étudié en fonction des disponibilités des Services de Soins)

7h ou 8h (précisez)

avant 10h (précisez)

après 10h (précisez)

après-midi (précisez)

COMMENT VIENDREZ-VOUS AUX THERMES ? BUS AUTRE MOYEN

POUVEZ-VOUS MONTER LES ESCALIERS ? OUI NON

VOTRE TRAITEMENT

1^{ère} Orientation (Cochez une seule case)

RHUMATOLOGIE ou VOIES RESPIRATOIRES

(veuillez lire l'orientation thérapeutique figurant sur votre prise en charge)

2^{ème} Orientation (Cochez une seule case, si prescrite)

RHUMATOLOGIE ou VOIES RESPIRATOIRES

(la double orientation doit figurer sur votre prise en charge)

VOTRE HÉBERGEMENT

HÔTEL (lequel) _____

MEUBLÉ (lequel) _____

VILLAGE VACANCES

FAMILLE

GÎTE

CAMPING (précisez) _____

AUTRE (précisez) _____

ALLER-RETOUR JOURNALIER

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LA STATION ?

SALON

MÉDECIN

PRESSE

INTERNET

BOUCHE À OREILLE

TV

RADIO

IL N'EST JAMAIS TROP TÔT POUR RÉSERVER.

Pour que votre réservation puisse être définitivement confirmée, nous vous recommandons de nous retourner la présente fiche dûment remplie, accompagnée d'un chèque de 46 € pour prise en charge à 65 % ou 15 € pour prise charge à 100 %, libellé à l'ordre de : «Régie des Thermes de Digne les Bains».

Cet acompte sera déduit de votre facture de soins

En cas d'annulation de votre cure, merci de nous avertir et de nous adresser le plus tôt possible un courrier accompagné de votre justificatif d'annulation (ex : certificat médical). Votre acompte vous sera entièrement remboursé.

Dans l'attente du plaisir de vous accueillir, nous vous prions de croire, cher(e) curiste, à l'assurance de nos sentiments dévoués.

Tournez SVP



RÉSERVATION THERMALE

Tél. 04 92 32 32 92 - Fax 04 92 32 38 15
thermes@thermesdignelesbains.com

À RETOURNER À :

THERMES DE DIGNE LES BAINS

B.P. 163 - 29, AVENUE DES THERMES - 04005 DIGNE LES BAINS

Monsieur

NOM (du curiste) _____

PRÉNOM (du curiste) _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

DATE DE NAISSANCE _____

TÉLÉPHONE _____ EMAIL _____

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (si différent du curiste) _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE _____

VOTRE CURE THERMALE

DATE SOUHAITÉE DE DÉBUT DE VOTRE CURE

____ / ____ / ____ (jour/mois/année)

HEURE SOUHAITÉE

POUR DÉBUTER VOS SOINS :
(Horaire étudié en fonction des
disponibilités des Services de Soins)

- 7h ou 8h (précisez)
 avant 10h (précisez)
 après 10h (précisez)
 après-midi (précisez)

COMMENT VIENDREZ-VOUS AUX THERMES ? BUS AUTRE MOYEN

POUVEZ-VOUS MONTER LES ESCALIERS ? OUI NON

VOTRE TRAITEMENT

1^{ère} Orientation (Cochez une seule case)

RHUMATOLOGIE ou VOIES RESPIRATOIRES
(veuillez lire l'orientation thérapeutique figurant sur votre prise en charge)

2^{ème} Orientation (Cochez une seule case, si prescrite)

RHUMATOLOGIE ou VOIES RESPIRATOIRES
(la double orientation doit figurer sur votre prise en charge)

VOTRE HÉBERGEMENT

HÔTEL (lequel) _____

MEUBLÉ (lequel) _____

VILLAGE VACANCES

FAMILLE

GÎTE

CAMPING (précisez) _____

AUTRE (précisez) _____

ALLER-RETOUR JOURNALIER

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LA STATION ?

SALON MÉDECIN PRESSE INTERNET BOUCHE À OREILLE TV RADIO

IL N'EST JAMAIS TROP TÔT POUR RÉSERVER.

Pour que votre réservation puisse être définitivement confirmée, nous vous recommandons de nous retourner la présente fiche dûment remplie, accompagnée d'un chèque de 46 € pour prise en charge à 65 % ou 15 € pour prise en charge à 100 %, libellé à l'ordre de : « Régie des Thermes de Digne les Bains ».

Cet acompte sera déduit de votre facture de soins

VOS MÉDECINS

MÉDECIN QUI VOUS A PRESCRIT LA CURE

NOM _____

PRÉNOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

VILLE _____

GÉNÉRALISTE SPÉCIALISTE (Indiquez la spécialité)

MÉDECIN QUI SUIT LA CURE

NOM _____

PRÉNOM _____

Nous tenons à votre disposition une liste des médecins susceptibles de vous suivre pendant votre cure.

Prenez rendez-vous avec le médecin de cure avant votre arrivée dans notre station.

En cas d'annulation de votre cure, merci de nous avertir et de nous adresser le plus tôt possible un courrier accompagné de votre justificatif d'annulation (ex : certificat médical). Votre acompte vous sera entièrement remboursé.

Dans l'attente du plaisir de vous accueillir, nous vous prions de croire, cher(e) curiste, à l'assurance de nos sentiments dévoués.

Tournez SVP

