RÉSERVATION DES SOINS THERMAUX

Formulaire à retourner à :
ÉTABLISSEMENT THERMAL DE SAUJON - B.P. 30 - 17600 SAUJON

SAUJON
Ouvert toute l'année

Nom et Prénom du Curiste : Sexe : ❑ H ❑ F

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Nationalité :

Nom de jeune fille :

Nom et Prénom du l'Assuré :

Adresse du Curiste :

Code Postal : |__|__|__|__|__| Ville :

Téléphone : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| Numéro de Sécurité Sociale : |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|

Profession : Email :

Avez-vous déjà effectué une cure à SAUJON ? ❑ Non ❑ Oui *(combien ?* |__|__| *)*

Avez-vous déjà effectué une cure dans une autre station ? ❑ Non ❑ Oui (*Nom de la dernière station fréquentée :* *Année* |__|__|__|__|)

DATE À LAQUELLE VOUS SOUHAITEZ COMMENCER LES SOINS : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Horaire de début de soins souhaité *(début des soins programmés de 6h10 à 11h)* : |__|__| h |__|__| ***(en fonction de nos disponibilités et de votre date de réservation)***

Avez-vous déjà consulté un médecin du centre ? ❑ Non ❑ Oui *(si oui, lequel ?)*

MÉDECIN QUI A PRESCRIT LA CURE

❑ Généraliste ❑ Spécialiste

Nom Prénom

Adresse

Code Postal |__|__|__|__|__| Ville

MÉDECIN TRAITANT SI CE N'EST PAS LUI QUI A PRESCRIT LA CURE

Nom Prénom

Adresse

Code Postal |__|__|__|__|__| Ville

MÉDECIN DE CURE THERMALE Indiquez son Nom :

Nous vous donnerons un rendez-vous le jour de votre arrivée. Les plannings des médecins peuvent être très chargés à certaines périodes. Aussi, si celui que vous avez choisi n'est plus suffisamment disponible, un de ses confrères vous sera proposé.

VOTRE CURE

Est-elle prise en charge par : ❑ La Sécurité Sociale ❑ ou un autre Organisme, lequel ? :

Serez-vous accompagné(e) : ❑ Oui *(si oui, par combien de personnes* |__|__| *)* ❑ Non

Si non, indiquez les nom et coordonnées de la personne à prévenir en cas de besoin :

RÉSIDENCE DE CURE

Nom et adresse de l'hôtel, pension, résidence, studio ou camping :

Si vous rencontriez quelques difficultés pour trouver un hébergement, n'hésitez pas à nous le faire savoir ou à l'Office de Tourisme, afin de vous aider dans votre démarche.

FACULTATIF : Comment avez-vous connu la Station Thermale de Saujon ? *(cochez d'une croix)*

❑ Votre Médecin ❑ Relation ❑ Publicité ❑ Autres *(merci de préciser) :*

VERSEMENT D'ARRHES

40.00 € (chèque à libeller : Thermes de Saujon), intégralement déductibles du montant de votre facture de soins. Si vous êtes pris en charge à 100%, vous êtes dispensé du versement des arrhes; dans ce cas, veuillez nous adresser la photocopie de votre prise en charge. Si vous annulez pour des raisons majeures : médicales, accident, décès, vos arrhes vous seront remboursées; dans ce cas veuillez annuler votre réservation par courrier. Nous nous permettons de vous demander des arrhes afin de faciliter votre inscription et d'éviter une attente inutile et pénible lors des formalités à l'arrivée.

Le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature :

ETABLISSEMENT THERMAL - B.P. 30 - 17600 SAUJON - Tél. 05 46 23 50 15 - Fax 05 46 02 89 82 - Email : thermes-de-saujon@wanadoo.fr - www.thermes.net