

Engagement de payer

Date prévue de l'hospitalisation :/...../.....

Identité du patient : Monsieur Madame

NOM :

Prénom(s) :

Date de naissance :

N° de dossier :

Adresse :

.....

Identité du payant (s'il n'est pas le patient) : Monsieur Madame

NOM et prénom(s)

Adresse

.....

Je soussigné(e)

déclare m'engager à régler la somme de €,

soit (*en lettres*)

.....

correspondant aux frais de séjours et aux honoraires médicaux dus, déduction faite de la participation éventuelle des organismes tiers payeurs (sécurité sociale, aide médicale hospitalière, aide sociale, mutuelle, etc....). **Une pièce d'identité doit être présentée.**

Fait à, le/...../20.....

Signature :