DEMANDE D'INSCRIPTION

Tertianum les Tourelles
Etablissement médicalisé pour personnes âgées et dépendantes, membre de l'AVALEMS
Av. Grd-St-Bernard 20
1920 Martigny
Tél : 027 / 720 90 00
Email : lestourelles@tertianum.ch

Je désire réserver :

☐ Une chambre à **1 lit** **dès 180.-**

☐ Une chambre à **2 lits** **dès 167.-**

prix indicatif par jour selon la chambre

Informations Personnelles

Nom : .....
Prénom : .....
Date de Naissance : .....
Etat Civil : ..... à/de : .....
Confession : .....
Domicile Actuel : .....
Fils / Fille de : .....
et de : .....
N° AVS : .....
Adresse Actuelle : .....
Origine : .....
Tél : .....
Domicile Fiscal : .....
Bénéficiaire d'une rente d' impotence / PC OUI - NON
Bénéficiaire des prestations complémentaires AVS : OUI - NON
Le Patient arrive de : .....
Date d'entrée : .....
Remarques : .....

Personne Responsable - Facturation

Personne Responsable : .....
.....
.....
Tél. : ..... / .....

Facturation : .....
☐ idem à ci-dessus .....
.....
Tél. : ..... / .....

Caisse Maladie - Pharmacie - Médecin

Caisse Maladie : .....
N° Assuré : .....
Pharmacie : .....
Médecin traitant : .....

Signature : .....
Date: .....

Auteur/date : Auam/21.09.2022
Nom/chemin du fichier : demande d'inscription/
U:\LTM\22_Administration\223_Administration\2230_réception\16_Kit nouveau résident\Formulaire d'inscription\1 Demande d'inscription.xls