

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Appartement protégés

Chambre EMS

Nom : Nom d'alliance :

Prénom : Conjoint :

Date et lieu de naissance :

Etat civil :

Fils(elle) de

et de : née :

Origine :

Etrangers, permis de séjour / échéance :

Adresse actuelle :

No de téléphone :

Commune dans laquelle sont déposés les papiers :

Confession :

Médecin-traitant :

Caisse-maladie et no d'assuré :

Provenance : domicile hôpital autres

Bénéficiaire de PC : oui non

Bénéficiaire d'allocations d'impotence : oui non Degré

Caisse AVS et no. AVS :

Date d'entrée souhaitée :

REpondant(E) :

Nom et prénom :

Adresse complète :

Degré de parenté :

No de téléphone :

Adresse e-mail :

Facturation à envoyer : Répondant ci-dessus Résident

Date : Signature :

À renvoyer à : Tertianum Les Sources, Route du Léman 25 a, 1907 Saxon ou info@residencesources.ch