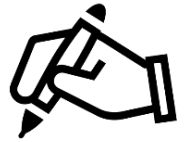




DECHARGE PERTE / VOL D'OBJET DE VALEUR, ARGENT, PAPIERS

INFORMATION TARIFS APPLIQUES | FO-PEC-14_4



Je soussigné(e), Madame Monsieur

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom (s) : _____

Né(e) le : ____/____/____ (jour/mois/année) à _____ (lieu de naissance)

- Décharge la Clinique Saint Paul de toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'objet de valeur, d'argent ou de papiers.

- Déclare avoir pris connaissance des tarifs appliqués par l'établissement (cf. Document « Nos Tarifs »).

Fait à : _____ Le ____/____/____

Signature :



DECHARGE PERTE / VOL D'OBJET DE VALEUR

INFORMATION TARIFS APPLIQUES | FO-PEC-14_4



En qualité de Représentant légal Tuteur/tutrice
De : Mon enfant mineur La personne placée sous ma tutelle

Dont l'identité est la suivante :

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom (s) : _____

Né(e) le : ____/____/____ (jour/mois/année) à _____(lieu de naissance)

- Décharge la Clinique Saint Paul de toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'objet de valeur, d'argent ou de papiers.
- Déclare avoir pris connaissance des tarifs appliqués par l'établissement (cf. Document « Nos Tarifs »).

Si Patient mineur		Si Patient majeur protégé
Père (ou représentant légal) Fait à _____ Le ____/____/____ Nom : _____ Prénom : _____ Signature : <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	Mère (ou représentant légal) Fait à _____ Le ____/____/____ Nom : _____ Prénom : _____ Signature : <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	Tuteur/Tutrice : Fait à _____ Le ____/____/____ Nom : _____ Prénom : _____ Signature : <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>