



Gériatrie

☎ : 03 88 54 11 86
📠 : 03 88 54 11 87
pole.geriatrie@ch-wissembourg.fr

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Je soussigné(e), *nom*..... *prénom*.....

Adresse

.....

m'engage à payer les frais de séjour occasionnés par l'hébergement de

.....

Fait à..... le

Signature précédée de la mention « *lu et approuvé* »

ADRESSE DE FACTURATION

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Lien de parenté / représentant légal :