

DEMANDE DE RESERVATION

(1 fiche
par personne)

Document à nous adresser obligatoirement pour que votre demande soit traitée

MODALITES DE RESERVATION

Il n'est jamais trop tôt pour réserver. Pour que votre réservation puisse être définitivement confirmée, nous vous demandons de nous retourner la présente fiche dûment remplie, accompagnée **d'un chèque de 40 euros libellé à l'ordre de Société Thermale de Rochefort.**

Rappel

l'acompte
de 40 euros sera
entièrement déduit de
votre facture de soins.

Annulation : En cas d'annulation de votre cure, merci de nous en avertir le plus tôt possible et de nous adresser avant le début de votre cure, un courrier accompagné de votre justificatif d'annulation (ex : certificat médical). Votre acompte vous sera alors entièrement reversé.

Dispense d'acompte : Seules les personnes ayant un accord de prise en charge à 90 % ou 100 % (hors mutuelle) sont dispensées du versement de l'acompte ainsi que les bénéficiaires CMU ou CMUC.

RÉSERVATION D'HÉBERGEMENT : Attention à ne pas confondre réservation thermale et réservation d'hébergement, cette dernière devant être adressée directement à votre hôtelier ou logeur.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS concernant la personne effectuant la cure

Civilité : M. Mme Mlle

Nom du Curiste : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Adresse complète : _____

N° de téléphone fixe et/ou portable : _____

E-mail : _____

N° de Sécurité Sociale : _____

Date de naissance du Curiste : _____ Profession du Curiste : _____

Avez-vous déjà effectué une cure à Rochefort : Oui Non

Personne à prévenir en cas d'urgence : Nom / Prénom : _____

Tél : _____

VOTRE MÉDECIN : Nom, prénom et adresse complète du **médecin prescripteur** de la cure : _____

LE MÉDECIN THERMAL Prenez rendez-vous avec le médecin thermal de votre choix avant votre arrivée en cure. Notre établissement est soumis à une réglementation très stricte qui interdit la délivrance de soins en l'absence de la prescription médicale. La liste des médecins peut vous être adressée sur simple demande. Elle est téléchargeable sur www.thermes-rochefort.com

PROTECTION DE VOS DONNEES PERSONNELLES Conformément aux dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 et du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, d'effacement des informations qui vous concernent. Pour l'exercer adressez-nous votre demande par courrier à l'adresse suivante : Eurothermes CS67535 – 1 rue Bonado – 64075 Pau cedex ou par mail à : dpo@eurothermes.com Pour plus d'informations sur la protection de vos données personnelles, veuillez consulter notre politique de confidentialité sur www.thermes-rochefort.com

suite
au
verso

VOTRE CURE THERMALE 18 JOURS

Êtes-vous curiste pris en charge ? Oui Non (cure entièrement à votre charge)

VOTRE TRAITEMENT Cochez l'orientation thérapeutique figurant sur votre prise en charge

1^{ème} Orientation : Rhumatologie (RH) Phlébologie (PHL)
 Dermatologie (DER) Affection des muqueuses bucco-linguales (AMB)

2^{ème} Orientation : Rhumatologie (RH) Phlébologie (PHL)
 Dermatologie (DER) Affection des muqueuses bucco-linguales (AMB)

NOTA

Pour connaître les modalités de prise en charge d'une cure thermale, rendez-vous sur : www.thermes-rochefort.com ou en page 14 de notre brochure.

VOTRE SEJOUR BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION SANTÉ (sans prise en charge)

Séjour choisi (voir documentation) : _____ Nombre de jours : _____

Rappel

Certificat médical de moins de 3 mois mentionnant « la non contre-indication aux soins thermaux » **obligatoire**.

DATES ET TRANCHES HORAIRES SOUHAITÉES

Afin d'éviter toute confusion, merci de bien vouloir noter **le jour exact et le mois** auquel vous souhaitez débiter vos soins (vous pouvez débiter vos soins du lundi au samedi, visite médicale effectuée).

A quelle date souhaitez-vous débiter votre cure ?

1^{er} choix : | | | | | 2^{ème} choix : | | | | | si possible
jour mois année jour mois année

Dans quelle tranche horaire souhaitez-vous effectuer vos soins ? (A, B, C, D, E, F, G, H, I par ordre préférentiel)

1^{er} choix : _____ 2^{ème} choix : _____ 3^{ème} choix : _____

Tranches horaires proposées

en fonction des disponibilités restantes au moment de l'enregistrement de votre réservation :

A : entre 6h00 et 7h00 **C** : entre 9h15 et 11h00 **E** : entre 12h15 et 13h00
B : entre 7h15 et 9h00 **D** : entre 11h15 et 12h00 **F** : entre 13h15 et 15h00
G : entre 15h15 et 16h00 (de début mars à fin nov.) **H** : entre 5h30 et 5h45 (de début mars à fin nov.)
I : à partir de 16h15 (de mai à juin et de septembre à novembre)

NOTA

Dans le cas où nous ne pourrions pas vous donner satisfaction sur vos choix de tranches horaires et/ou dates, dû à un nombre important de réservations déjà enregistrées, nous serons amenés à vous proposer d'autres dates et/ou tranches horaires en fonction des disponibilités restantes, pour accord.

INFORMATIONS PRATIQUES SUR VOTRE RESERVATION

Si vous vous rendez en cure à plusieurs (de 2 à 4 personnes), merci de bien vouloir nous en informer afin de planifier les soins à des horaires similaires, sous réserve des disponibilités lors de l'enregistrement des réservations. **Nous vous suggérons de nous adresser les fiches de réservation de toutes les personnes en même temps et de nous indiquer leurs noms et prénoms ci-dessous :**

Fait à : _____

Le : _____

Signature

Nous vous remercions de votre confiance