



Lieu et date : _____

Participation aux frais d'hospitalisation

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Hospitalisé(e) du _____ au _____

Les frais peuvent être remboursés sur le compte suivant :

Banque / CCP : _____

Adresse : _____

Bénéficiaire : _____

L'assistante sociale :