

PERSONNE 1

Civilité* : Mme M.

Nom * :

Prénom* :

Date de naissance :

Adresse* :

Code postal* :

Ville* :

Téléphone :

E-mail :

1^{re} date de soin du au

2^e date de soin du au

Horaire début de soins souhaité (sous réserve de disponibilité)

1^{er} choix..... 2^e choix.....

En remplissant ma demande d'inscription, j'agréé expressément à ce que les informations personnelles ainsi communiquées servent au traitement de ma réservation (incluant notamment l'envoi périodique de lettres d'information ou de messages) pour l'année en cours et l'année suivante. (1)

Oui Non - J'accepte que ces informations soient utilisées ultérieurement à des fins d'information par Caleden.

PERSONNE 2

Civilité* : Mme M.

Nom * :

Prénom* :

Date de naissance :

Adresse* :

Code postal* :

Ville* :

Téléphone :

E-mail :

1^{re} date de soin du au

2^e date de soin du au

Horaire début de soins souhaité (sous réserve de disponibilité)

1^{er} choix..... 2^e choix.....

En remplissant ma demande d'inscription, j'agréé expressément à ce que les informations personnelles ainsi communiquées servent au traitement de ma réservation (incluant notamment l'envoi périodique de lettres d'information ou de messages) pour l'année en cours et l'année suivante. (1)

Oui Non - J'accepte que ces informations soient utilisées ultérieurement à des fins d'information par Caleden.

*Mentions obligatoires.

(1) Conformément à l'article 34 de la "Loi informatique et Liberté" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant en écrivant à Caleden et en adressant votre demande auprès du Délégué à la Protection des Données.

CURE RHUMATOLOGIE (pas de soins le dimanche)

Cure sans hospitalisation - non médicalisée - personnes autonomes

Cure fractionnée uniquement sur présentation d'un accord écrit préalable de votre caisse d'assurance maladie. Soins complémentaires sur demande en fonction des places disponibles, tarifés librement, non remboursés, dispensés sur prescription du médecin thermal.



Personne à contacter en cas de problème durant le séjour :

Nom et prénom : Numéro de téléphone :

Votre caisse d'assurance maladie :

CPAM / SNCF / MSA / MGEN

Autres :

N° de Sécurité Sociale :

MEDECIN QUI A PRESCRIT LA CURE (Impératif à remplir)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal..... Ville :

MEDECIN THERMAL

Dr DURAND Françoise

Dr SALVAGNAC J-Louis

Dr PERRARD Christian

Dr FREGEAC Bernard

Afin de programmer votre rendez-vous avec le Médecin Thermal, veuillez préciser votre jour et heure d'arrivée.

Date : Heure :

Autre médecin, précisez :

(Prise de rendez-vous à votre charge)

Votre caisse d'assurance maladie :

CPAM / SNCF / MSA / MGEN

Autres :

N° de Sécurité Sociale :

MEDECIN QUI A PRESCRIT LA CURE (Impératif à remplir)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal..... Ville :

MEDECIN THERMAL

Dr DURAND Françoise

Dr SALVAGNAC J-Louis

Dr PERRARD Christian

Dr FREGEAC Bernard

Afin de programmer votre rendez-vous avec le Médecin Thermal, veuillez préciser votre jour et heure d'arrivée.

Date : Heure :

Autre médecin, précisez :

(Prise de rendez-vous à votre charge)

RÉSERVER UNE CURE PRÉVENTION SANTÉ (pas de soins le dimanche)

PERSONNE 1

CURE PRÉVENTION SANTÉ (Non remboursée)

La cure prévention santé n'est pas prise en charge par l'organisme social, son contenu est déterminé en fonction des conseils du médecin thermal et des places disponibles. (Pas de soins le dimanche).

6 jours / 9 jours / 12 jours

Médecin thermal.

FORFAIT SOUPLESSE ARTICULAIRE

(Non remboursé)

5 soins thermaux par jour (pas de soins le dimanche) / 1 séance de piscine, 1 application de cataplasmes de boue, 1 bain aérobain, 1 douche au jet, 1 massage sous affusion d'eau thermale,

6 jours / 9 jours / 12 jours

PERSONNE 2

CURE PRÉVENTION SANTÉ (Non remboursée)

La cure prévention santé n'est pas prise en charge par l'organisme social, son contenu est déterminé en fonction des conseils du médecin thermal et des places disponibles. (Pas de soins le dimanche).

6 jours / 9 jours / 12 jours

Médecin thermal.

FORFAIT SOUPLESSE ARTICULAIRE

(Non remboursé)

5 soins thermaux par jour (pas de soins le dimanche) / 1 séance de piscine, 1 application de cataplasmes de boue, 1 bain aérobain, 1 douche au jet, 1 massage sous affusion d'eau thermale,

6 jours / 9 jours / 12 jours

HÉBERGEMENT À L'HÔTEL DU BAN**

Jour d'arrivée.

Jour de départ.

Nombre de personnes.

CHOIX DE VOTRE TYPE DE CHAMBRE

- Grand lit - balcon
- Grand lit - terrasse

- Lits jumeaux - balcon
- Lits jumeaux - terrasse

- Chambre triple - balcon

OPTIONS

- Petit-déjeuner buffet
- Petit-déjeuner en chambre
- Animal (limité à 1 par chambre)
- Lit supplémentaire

L'accès aux soins en peignoirs depuis votre chambre est actuellement indisponible en raison de travaux.

HÉBERGEMENT À LA RÉSIDENCE DU PAR

Jour d'arrivée.

Jour de départ.

Nombre de personnes.

CHOIX DE VOTRE TYPE DE LOGEMENT

- Studio / T1 2+2 / T2 4 / T2 4+2

OPTIONS

- Linge de lit
- Lit fait
- Changement draps
- Linge de toilette
- Animal (limité à 1)
- Ménage départ

- Petit déjeuner à l'hôtel du Ban

RÈGLEMENT

La réservation d'une cure, d'un séjour, d'un soin ou d'un hébergement ne peut se faire qu'à réception d'un Bulletin de réservation préalablement rempli par le client, accompagné du règlement des arrhes correspondantes.

POUR UNE CURE THERMALE

Le bulletin de réservation doit être accompagné d'un règlement au titre d'arrhes de 40 € par personne à l'ordre de CALEDEN (somme entièrement déduite de votre facture de soins). Si vous êtes pris en charge à 100 % par votre caisse, il n'est pas nécessaire de verser des arrhes.

Toute annulation doit être notifiée par courrier postal ou mail. Les arrhes seront perdues, sauf en cas de force majeure et sur présentation d'un certificat médical.

POUR TOUTE AUTRE PRESTATION

Le bulletin de réservation doit être accompagné de 25 % du montant total de

la prestation, au titre d'arrhes à l'ordre de CALEDEN.

Toute annulation doit être notifiée par courrier postal ou par mail. La date de réception du courrier est la seule prise en compte pour les retenues suivantes :

- Annulation J-1 mois : les sommes versées sont remboursées.
- Annulation J-15 jours : 50 % d'arrhes remboursées.
- Au delà : Les arrhes versées seront retenues

Nos soins ainsi que la composition de nos prestations sont susceptibles d'être modifiés, dans l'année, en fonction des travaux de réhabilitation (hors cure conventionnée).

- Conditions générales de vente : à consulter sur notre site www.caleden.com
- **La réservation d'une cure emporte la pleine et entière acceptation des conditions générales de vente**

CALEDEN

27 avenue Georges Pompidou BP 21 - 15110 CHAUDES-AIGUES

Tél. : 04 71 23 51 06 - accueilsante@caleden.com ou info@caleden.com

SAEM Thermale CALEDEN- SIRET 536 380 025 000 18 - Numéro TVA intracommunautaire : - FR 06 536 380 025 clef 54
N° finess 15 078 0013 - Code APE : 930 K