

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'agréee 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'agréee 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 - **L'établissement thermal Caleden est accessible aux personnes autonomes. Si nécessaire, il est recommandé de prévoir l'accompagnement d'une tierce personne (famille, aide-soignant...) pour accéder aux services de soins.**

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 :

MÉDECIN QUI A PRESCRIT LA CURE (Impératif à remplir)

Nom Prénom

Adresse

Code Postal Ville

MÉDECIN THERMAL

Dr FREGEAC Bernard Dr SALVAGNAC J-Louis

Dr LAFONT Lydiane

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 :

MÉDECIN QUI A PRESCRIT LA CURE (Impératif à remplir)

Nom Prénom

Adresse

Code Postal Ville

MÉDECIN THERMAL

Dr FREGEAC Bernard Dr SALVAGNAC J-Louis

Dr LAFONT Lydiane

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

OPTIONS

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

Vous pouvez accéder aux soins en peignoir depuis l'Hôtel et la Résidence.

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 50 € par personne à l'ordre de CALEDEN (somme entièrement déduite de votre facture de soins).

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.

- Conditions générales de vente : à consulter sur notre site **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