

DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRE-ADMISSION

A compléter par vos soins recto verso, à signer et à nous renvoyer

Secteur d'Hospitalisation souhaité : SSR Nutrition hospitalisation complète SSR Nutrition hospitalisation de jour
 SSR Indifférencié

Période d'hospitalisation souhaitée :

NOM : PRENOMS :
NOM DE NAISSANCE : NATIONALITE :
DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :
SITUATION FAMILIALE : Marié (e)- pacsé (e)-en union libre Célibataire
 Veuf-veuve Séparé(e)-divorcé (e)
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
TELEPHONE FIXE : TELEPHONE PORTABLE :
EMAIL :
PROFESSION :

CAISSE DE SECURITE SOCIALE OU ORGANISME OBLIGATOIRE :
.....
.....
NOM ET PRENOM DE L'ASSURE :
DATE DE NAISSANCE DE L'ASSURE :
NUMERO DE SECURITE SOCIALE :/...../...../...../...../.....
BENEFICIAIRE : Assuré (e) Conjoint Ascendant
 Enfant Concubin
MUTUELLE ou ORGANISME COMPLEMENTAIRE (nom et adresse) :
.....
.....
NUMERO D'ADHERENT OU DE CONTRAT :
TELEPHONE DE L'ORGANISME : FAX :

