

DATES DE LA CURE

Du : 20..... au : 20.....

Thermes & Spa Évaux-les-Bains • 23110 Evaux-les-Bains . 05 55 65 50 01
reservation@evauxthermes.com • www.evauxthermes.com • 📍 Évaux-les-Bains Thermes & Spa

Arrhes à verser à la réservation : 50 € / curiste, sauf si votre prise en charge est à 100 % ou si vous bénéficiez de l'ACSS (joindre copie de l'attestation).

CADRE RÉSERVÉ AUX THERMES



N° de client :

Reçu le :

Arrhes :

Règlement : Chèq. Esp. CB Vir.

CURISTE 1

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

N° de Sécu :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. fixe : Port. :

Email :

À des fins de prospection (vœux, fiche de réservation...), je m'oppose à l'utilisation de mon
 mail adresse

Comment avez-vous connu notre station thermale ?

Médecin Internet Magazine Relation Salon Autre :

Avez-vous déjà effectué une cure thermale ? non oui, lieu :

CURISTE 2

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

N° de Sécu :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. fixe : Port. :

Email :

À des fins de prospection (vœux, fiche de réservation...), je m'oppose à l'utilisation de mon
 mail adresse

Comment avez-vous connu notre station thermale ?

Médecin Internet Magazine Relation Salon Autre :

Avez-vous déjà effectué une cure thermale ? non oui, lieu :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS DE BESOIN

Nom/Prénom :

Tél. fixe : Port. :

FORFAIT THERMAL

Indications thérapeutiques précisées sur vos volets de prise en charge à compléter impérativement.

	RHUMATO.	PHLÉBO.	GYNÉCO.
1 ^{ère} indication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e indication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option fibromyalgie		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non
Option lymphoedeme		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non

Êtes-vous une personne à mobilité réduite ? Oui Non

FORFAIT THERMAL

Indications thérapeutiques précisées sur vos volets de prise en charge à compléter impérativement.

	RHUMATO.	PHLÉBO.	GYNÉCO.
1 ^{ère} indication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e indication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option fibromyalgie		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non
Option lymphoedeme		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non

Êtes-vous une personne à mobilité réduite ? Oui Non

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom/Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom/Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

MÉDECINS THERMAUX

Maison de santé : 05 55 65 50 63

Cabinet médical des Thermes : 05 55 65 50 01

MÉDECINS THERMAUX

Maison de santé : 05 55 65 50 63

Cabinet médical des Thermes : 05 55 65 50 01

HORAIRES SOUHAITÉS

MERCI DE CHOISIR LA TRANCHE HORAIRE SOUHAITÉE
POUR LE DÉBUT DE VOS SOINS*

1^{er} choix : entre 07h00 et 09h00 entre 11h00 et 13h00
 entre 09h00 et 11h00 Après-midi

2^e choix : entre 07h00 et 09h00 entre 11h00 et 13h00
 entre 09h00 et 11h00 Après-midi

* Les Thermes & Spa Évaux-les-Bains se réservent le droit de modifier ces horaires en fonction de la fréquentation. Merci de votre compréhension.

HORAIRES SOUHAITÉS

MERCI DE CHOISIR LA TRANCHE HORAIRE SOUHAITÉE
POUR LE DÉBUT DE VOS SOINS*

1^{er} choix : entre 07h00 et 09h00 entre 11h00 et 13h00
 entre 09h00 et 11h00 Après-midi

2^e choix : entre 07h00 et 09h00 entre 11h00 et 13h00
 entre 09h00 et 11h00 Après-midi

* Les Thermes & Spa Évaux-les-Bains se réservent le droit de modifier ces horaires en fonction de la fréquentation. Merci de votre compréhension.

HÉBERGEMENT ENVISAGÉ

Meublé Domicile Camping Famille

Hébergeur :

Ville :

HÉBERGEMENT ENVISAGÉ

Meublé Domicile Camping Famille

Hébergeur :

Ville :

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de vente (au verso).

Signature(s) :

