

# FICHE DE RÉSERVATION

## DATES DE LA CURE

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

Fiche de réservation à retourner à : (2° feuillet à conserver par le client)

Établissement Les Thermes • 23110 Evaux-les-Bains

Tél : 05 55 65 50 01 • Fax : 05 55 65 59 16 • contact@evauxthermes.com

www.evauxthermes.com • complexe.thermal.evaux.les.bains

## 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 ?  oui  non Nom de la station : .....

## FORFAIT THERMAL

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

**RHUMATO.** **GYNÉCO.** **PHLÉBO.** **FIBRO.**

1<sup>ère</sup> indication

2<sup>e</sup> indication

## MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom/Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

## MÉDECINS THERMAUX

Prise de rendez-vous possible à compter de début janvier.

Maison de santé : 05 55 65 50 63

Cabinet médical des Thermes : 05 55 65 50 01

Nom du médecin thermal : .....

## HORAIRES SOUHAITÉS

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

1<sup>er</sup> choix :  entre 06h30 et 08h30  entre 10h30 et 12h30  
 entre 08h30 et 10h30  Après-midi

2<sup>e</sup> choix :  entre 06h30 et 08h30  entre 10h30 et 12h30  
 entre 08h30 et 10h30  Après-midi

\* Les Thermes se réservent le droit de modifier ces horaires en fonction de la fréquentation.  
Merci de votre compréhension.

## HÉBERGEMENT ENVISAGÉ

Famille  Domicile  Camping  Meublé

Lieu : .....

## PERSONNE À CONTACTER EN CAS DE BESOIN

Nom/Prénom : .....

Tél. fixe : ..... Port. : .....

Prendrez-vous la navette ?  Oui  Non

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

## CADRE RÉSERVÉ AUX THERMES

N° de client : .....

Reçu le : .....

Arrhes : .....

Règlement :  Chèque  Espèces  CB  Virement

## 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 ?  oui  non Nom de la station : .....

## FORFAIT THERMAL

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

**RHUMATO.** **GYNÉCO.** **PHLÉBO.** **FIBRO.**

1<sup>ère</sup> indication

2<sup>e</sup> indication

## MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom/Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

## MÉDECINS THERMAUX

Prise de rendez-vous possible à compter de début janvier.

Maison de santé : 05 55 65 50 63

Cabinet médical des Thermes : 05 55 65 50 01

Nom du médecin thermal : .....

## HORAIRES SOUHAITÉS

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

1<sup>er</sup> choix :  entre 06h30 et 08h30  entre 10h30 et 12h30  
 entre 08h30 et 10h30  Après-midi

2<sup>e</sup> choix :  entre 06h30 et 08h30  entre 10h30 et 12h30  
 entre 08h30 et 10h30  Après-midi

\* Les Thermes se réservent le droit de modifier ces horaires en fonction de la fréquentation.  
Merci de votre compréhension.

## HÉBERGEMENT ENVISAGÉ

Famille  Domicile  Camping  Meublé

Lieu : .....

## PERSONNE À CONTACTER EN CAS DE BESOIN

Nom/Prénom : .....

Tél. fixe : ..... Port. : .....

Prendrez-vous la navette ?  Oui  Non

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

Signature(s) :

