

FICHE DE RÉSERVATION 2021

Saison thermale 2021 : du 22 mars au 13 novembre

FICHE DE RÉSERVATION À RETOURNER À :

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

CADRE RÉSERVÉ AUX THERMES

N° de client :

Reçu le : Arrhes :

Règlement : Chèque Espèces CB

DATES DE LA CURE

Du : au :

CURISTE 1

Madame Monsieur

Prénom :

Nom/Nom de jeune fille :

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 :

CURISTE 2

Madame Monsieur

Prénom :

Nom/Nom de jeune fille :

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.

RHUMATOLOGIE

GYNÉCOLOGIE

PHLÉBOLOGIE

1^{ère} indication

2^e indication

FORFAIT THERMAL

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

RHUMATOLOGIE

GYNÉCOLOGIE

PHLÉBOLOGIE

1^{ère} indication

2^e indication

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom/Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

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 :

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 D'INDIQUER 2 CHOIX DIFFÉRENTS

Dans l'éventualité où les choix demandés seraient déjà complets, nous vous contacterons pour vous proposer un autre horaire disponible. Début des soins 6h30 jusqu'à 12h30.

1^{er} choix : Début de matinée Fin de matinée

Milieu de matinée Après-midi* Sans avis

2^e choix : Début de matinée Fin de matinée

Milieu de matinée Après-midi* Sans avis

* Les Thermes se réservent le droit de modifier ces horaires en fonction de la fréquentation. L'ouverture des tranches horaires à partir de 16h30 sera possible du 30/08 au 11/10/21. Merci de votre compréhension.

HORAIRES SOUHAITÉS

MERCI D'INDIQUER 2 CHOIX DIFFÉRENTS

Dans l'éventualité où les choix demandés seraient déjà complets, nous vous contacterons pour vous proposer un autre horaire disponible. Début des soins 6h30 jusqu'à 12h30.

1^{er} choix : Début de matinée Fin de matinée

Milieu de matinée Après-midi* Sans avis

2^e choix : Début de matinée Fin de matinée

Milieu de matinée Après-midi* Sans avis

* Les Thermes se réservent le droit de modifier ces horaires en fonction de la fréquentation. L'ouverture des tranches horaires à partir de 16h30 sera possible du 30/08 au 11/10/21. Merci de votre compréhension.

HÉBERGEMENT ENVISAGÉ

Famille Domicile Camping Meublé

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.

HÉBERGEMENT ENVISAGÉ

Famille Domicile Camping Meublé

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) :

