

# FICHE DE RÉSERVATION 2022

Saison thermale 2022 : du 21 mars au 19 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  r .....

## DATES DE LA CURE

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

## CURISTE 1

Madame  Monsieur

Nom/Nom de jeune fille : .....

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 : .....

## CURISTE 2

Madame  Monsieur

Nom/Nom de jeune fille : .....

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.

RHUMATOLOGIE  GYNÉCOLOGIE  PHLÉBOLOGIE

1<sup>ère</sup> indication

2<sup>ème</sup> indication

## FORFAIT THERMAL

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

RHUMATOLOGIE  GYNÉCOLOGIE  PHLÉBOLOGIE

1<sup>ère</sup> indication

2<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> choix :  Début de matinée  Fin de matinée  
 Milieu de matinée  Après-midi\*  Sans avis

2<sup>e</sup> 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 de tranches horaires à partir de 16h30 sera possible du 30/08 au 11/10/21. Merci de

## 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 la CSS.

## 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) :

