

DEMANDE RENDEZ-VOUS

Formulaire à compléter et à retourner de préférence par mail à l'adresse suivante :

secretariat.ehpad@ch-semur.fr

Je soussigné(e),

NOM :

PRENOM :

Mail (pour la confirmation du RDV) :

N° de téléphone :

agissant en qualité de personne physique majeure (famille, proche ou représentant légal)

sollicite auprès de

NOM ET PRENOM DU RESIDENT :

l'organisation d'une visite sur rendez-vous

accompagné(e) le cas échéant de :

NOM :

PRENOM :

personne physique majeure (famille, proche ou représentant légal)

l'organisation d'un rendez-vous skype

Mon identifiant skype :

l'organisation d'un rendez-vous téléphonique

Date et signature (obligatoire)