INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES NECESSAIRES A L'EHPAD HAIPZEAN

- Une admission en chambre double est-elle souhaitée OUI NON
- Caisse de Sécurité Sociale : ……
- Adresse Caisse de Sécurité Sociale : ……

  ……
- Nom et N° d'assuré : ……
- Caisse complémentaire maladie et/ou chirurgie : ……
- Adresse Caisse complémentaire : ……

  ……
- N° adhérent caisse complémentaire : ……
- Fournir une copie du livret de famille

J'autorise mon enregistrement sur la liste d'attente informatique partagée par le Conseil Général 64 (cela permet au département de recenser les demandes et besoins) :

OUI NON

Je note que je pourrai à tout moment demander un droit d'accès, de modification et de rectification des données me concernant (art.34 de la loi « Informatique et Libertés »)