

# FICHE RÉSERVATION 2023 CURE THERMALE CONVENTIONNÉE

Votre réservation sera traitée uniquement à réception de cette fiche complétée, accompagnée des arrhes demandées.

## CURISTE 1

NOM : .....  
PRÉNOM : .....  
NOM DE JEUNE FILLE : .....  
ADRESSE : .....  
.....  
CODE POSTAL [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] VILLE .....  
TÉL. FIXE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
MOBILE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
EMAIL : .....  
.....  
DATE DE NAISSANCE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
PROFESSION : .....  
NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ(E) (si différent du curiste) :  
.....  
N°SS : [ ]

## CURISTE 2

NOM : .....  
PRÉNOM : .....  
NOM DE JEUNE FILLE : .....  
ADRESSE : .....  
.....  
CODE POSTAL [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] VILLE .....  
TÉL. FIXE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
MOBILE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
EMAIL : .....  
.....  
DATE DE NAISSANCE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
PROFESSION : .....  
NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ(E) (si différent du curiste) :  
.....  
N°SS : [ ]

## MÉDECIN QUI A PRESCRIT VOTRE CURE

NOM : .....  
PRÉNOM : .....  
SPÉCIALITÉ : .....  
ADRESSE : .....  
.....  
CODE POSTAL [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] VILLE .....  
TÉL. : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
MOBILE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

NOM : .....  
PRÉNOM : .....  
SPÉCIALITÉ : .....  
ADRESSE : .....  
.....  
CODE POSTAL [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] VILLE .....  
TÉL. : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
MOBILE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

## VOTRE MÉDECIN DE CURE SOUHAITÉ (page 7 du guide thermal)

NOM : .....  
Avez-vous déjà consulté ce médecin ou un autre médecin du centre ?

OUI, lequel : .....  NON

Les rendez-vous sont programmés par l'établissement thermal. à noter qu'en cas d'indisponibilité du médecin, nous nous réservons le droit de vous programmer un rendez-vous avec l'un de ses confrères.

NOM : .....  
Avez-vous déjà consulté ce médecin ou un autre médecin du centre ?

OUI, lequel : .....  NON

## MIEUX VOUS CONNAÎTRE POUR MIEUX VOUS ACCUEILLIR

### VOTRE CURE SERA PRISE EN CHARGE PAR :

la CPAM  Autre organisme : .....  Justicatif de prise en charge  Avance totale

La réalisation de votre cure est soumise à la présentation de votre prise en charge valide ou à l'avance de la totalité des frais de traitement (tarifs sécurité sociale).

### SEREZ-VOUS ACCOMPAGNÉ(E) PENDANT LA CURE ?

OUI par une ou plusieurs personnes **ne faisant pas la cure**  NON

OUI par une ou plusieurs personnes **faisant la cure** (notez ici leurs noms) : .....

Nous vous suggérons de nous adresser les fiches de réservation de toutes les personnes dans le même temps afin de pouvoir planifier les soins à des horaires similaires dans la limite de nos disponibilités.

NOM ET TÉL. DE LA PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE BESOIN : .....

TÉL.         Cette personne sera-t-elle à proximité des Thermes durant votre cure ?  OUI  NON

AVEZ-VOUS DÉJÀ EFFECTUÉ UNE OU PLUSIEURS CURE(S) À SAUJON ?  OUI Combien de cures ?..... NON

AVEZ-VOUS DÉJÀ EFFECTUÉ UNE CURE DANS UNE AUTRE STATION THERMALE ?  OUI  NON

NOM ET ANNÉE DE LA DERNIÈRE STATION FRÉQUENTÉE : .....

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LA STATION THERMALE DE SAUJON ?

Relation/amis  Internet  Médecin  Presse/TV  Salon/Congrès, précisez : .....

Autre, précisez : .....

AVEZ-VOUS RÉSERVÉ UN HÉBERGEMENT DANS L'UNE DE NOS RÉSIDENCES ?

LA SOURCE  LES THERMES NOM DU STUDIO/APPARTEMENT : .....

NON, ADRESSE DE VOTRE LOGEMENT : .....

DATE À LAQUELLE VOUS SOUHAITEZ DÉBUTER VOTRE CURE :

DU      AU

Attention, il ne s'agit pas de la date de votre arrivée dans votre hébergement, mais de la date du début de vos soins.

Vous avez la possibilité de nous indiquer **UNE TRANCHEHoraire** parmi les suivantes ; un seul choix possible :

- 7h - 8h  9h - 10h  11h - 12h  13h - 14h  
 8h - 9h  10h - 11h  12h - 13h  14h - 15h

Les demandes de réservation sont traitées par nos services dans l'ordre chronologique de leur réception et selon les disponibilités du planning. Ces disponibilités sont demandées à titre indicatif et n'engagent en rien l'établissement thermal.

CURES / SOINS	ARRHES	SOLDE	TOTAL
CURE THERMALE CONVENTIONNÉE - 21 JOURS	90 €		
CURE DU SOIR	90 €		
CURE ADO (avec prise en charge spécifique)	90 €		
CODE PROMO			
TOTAL			

Souhaitez-vous recevoir votre confirmation par :  mail  courrier

ANNULATION OU MODIFICATION DE DATES

En cas d'annulation de votre cure, les arrhes seront, sauf cas de force majeure\*, conservées à titre d'indemnité par les Thermes de Saujon. Merci de nous en avertir le plus tôt possible et de nous adresser avant le début de la cure prévue, un courrier ou un e-mail accompagné de votre justificatif d'annulation. En cas de modification de dates, vous devez nous envoyer une demande écrite (mail ou courrier) en rappelant vos dates initiales et vos nouvelles dates. Les horaires initiaux réservés seront perdus et remplacés par ceux disponibles au moment du traitement de la modification. \*catastrophe naturelle, hospitalisation, décès.

Le      Signature (obligatoire) :

LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE VENTE sont à consulter en ligne sur notre site [www.thermes-saujon.fr](http://www.thermes-saujon.fr) ou sur place à l'accueil des Thermes. Données personnelles : les données personnelles de ce questionnaire sont collectées et traitées par les Thermes de Saujon. Vos réponses sont facultatives mais il est de votre intérêt de les faire les plus complètes possibles afin que nous puissions traiter efficacement votre réservation. En tout état de cause, vous aurez accès à la présente fiche au secrétariat des Thermes de Saujon où il vous sera possible de la rectifier si nécessaire. La politique des Thermes de Saujon concernant la collecte et le traitement de vos données personnelles est disponible sur le site [thermes-saujon.fr](http://thermes-saujon.fr) ou à l'accueil de votre établissement de soins. Conformément à la loi "informatique et liberté" et en application de l'article 27 du 06.01.1978, les informations recueillies via ce formulaire peuvent donner lieu à l'exercice d'un droit d'accès, de modification, de rectification ou de suppression. Pour exercer ce droit, contactez nous Thermes de Saujon - Parc des chalets - 17600 Saujon ou [dpo@thermes-saujon.fr](mailto:dpo@thermes-saujon.fr). Vous pouvez formuler toute réclamation auprès de la CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou sur le site [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).