

	Enregistrement qualité REÇU TARIF				EQ 03 01 01 10
EHPAD Simon Bénichou - Nancy	Rédigé par H. WEISS	Vérifié par I. CAILLE	Approbateur S. GALMICHE	Edité le 15/11/2024	Mis à jour

Je soussigné (e), M. / Mme _____, résident,

Et / ou M. / Mme _____, représentant légal de M. / Mme _____, résident,

Et / ou M. / Mme _____, référent familial de M. / Mme _____, résident,

Déclare avoir pris connaissance du présent document « Tarif » qui m'a été remis ce jour.

Date

Signature