

Hôpital : .....

Service des admissions - frais de séjour

N° de dossier : .....

**DECOMPTE DES FRAIS D'HEBERGEMENT EN UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE**

de M. ....

Période	Nbre de jours	Tarif journalier	Montant total dû	Provision à verser (1)

-----

(1) A valoir sur le (ou les) prochain(s) titre(s) émis.

-----