



CENTRE HOSPITALIER DE LUNEL

R E C E P I S S E

Lunel le :

Je soussigné(e) Nom : Prénom :

en ma qualité de bénéficiaire ainsi que ma famille, déclare avoir pris connaissance des documents suivants du SSIAD :

- Le livret d'accueil
- Le règlement de fonctionnement
- Le contrat individuel de prise en charge
- Le Plan de Soins Personnalisé
- La plaquette de présentation
- Droit à l'information et consentement aux soins
- Les personnes qualifiées

Signatures

Bénéficiaire

Famille