



Centre Hospitalier de Muret

PÔLE GERIATRIE

CS 10202 / 31605 MURET CEDEX / geriatrie@ch-muret.fr ☎ 05 67 52 81 00 / 📠 05 67 52 81 01

ENGAGEMENT DE PAYER

Je soussigné (e), Nom : Prénoms :

Adresse :

M'engage à régler les frais de séjour de :

☐ Moi-même

☐ (1) M. Mme Prénoms :

Lien de parenté

A compter de mon (1) / son entrée à l'USLD / EHPAD du Centre Hospitalier de Muret ainsi que des autres frais éventuels à ma (1)/ sa charge (frais divers) et tarifs des prestations annexes.

Je reconnais avoir été informé (e) :

- Des tarifs journaliers en vigueur
- Des dispositions de l'article L.315-16 du Code de l'action sociale et des familles selon lesquelles « les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent exercer leur recours, s'il y a lieu, contre les résidents, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du Code Civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales ».
- Qu'à défaut de règlement, une procédure sera engagée par l'USLD / l'EHPAD de MURET devant le juge aux affaires familiales du Tribunal de Grande Instance de TOULOUSE.

Il est reconnu que ces prix peuvent être révisés par l'autorité qui les a fixés. Il sera communiqué par voie d'affichage.

Dans le cas où des modifications de situation ne me permettraient plus de respecter cet engagement, j'en tiendrais le Centre Hospitalier de MURET informé, dans les plus brefs délais.

Fait à Le

Signature de l'intéressé (e) ou du demandeur (si autre que personne concernée) avec mention manuscrite
« Lu et approuvé, bon pour accord »

Le signataire de ce document devra fournir une pièce d'identité recto-verso.