

Nous vous invitons à réserver le plus tôt possible, afin de vous proposer un jour d'arrivée et des horaires de soins qui correspondent à vos souhaits. Retournez cette fiche complétée recto-verso de vos données personnelles nécessaires pour la gestion de votre dossier, accompagnée d'un **Chèque d'arrhes de 75€**.

**À l'ordre de la SOGATHERM** à retourner à : **Thermes des Fumades les Bains - 30500 Allègre les Fumades.**

Ou en vous connectant sur notre site : **www.fumades.com** pour une réservation en ligne et paiement sécurisés.

## Je réserve ma cure conventionnée (18 jours. Établissement fermé le dimanche)

Madame  Mademoiselle  Monsieur  Enfant de moins de 16 ans

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

N° de sécurité sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Tél mobile : ..... E-mail : .....

Profession (facultatif) : .....

Nom et prénom de l'assuré social (si différent du curiste) : .....

## Votre médecin prescripteur (Merci de nous adresser la photocopie du volet 2 de la prise en charge)

Nom-Prénom : ..... Tél : .....

Spécialité : ..... Adresse : .....

..... Code postal : ..... Ville : .....

## Important : Personne à prévenir en cas de nécessité ou d'urgence :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Tél mobile : .....

## Orientations thérapeutiques (À vérifier sur votre prise en charge)

### 1<sup>ère</sup> Orientation

- VOIES RESPIRATOIRES
- DERMATOLOGIE
- AFFECTIONS DES MUQUEUSES BUCCALES

#### DATES DE CURE DE VOTRE CHOIX :

1<sup>er</sup> choix du ..... au .....

2<sup>ème</sup> choix du ..... au .....

#### Tranche horaire d'entrée en cure :

Entre 8h00 et 10h00 du **3 mai** au **16 octobre 2021** : .....

Entre 17h00 et 18h00 du **31 mai** au **19 juin 2021** : .....

- RHUMATOLOGIE

#### DATES DE CURE DE VOTRE CHOIX :

1<sup>er</sup> choix du ..... au .....

2<sup>ème</sup> choix du ..... au .....

#### Tranche horaire d'entrée en cure (Rhumatologie) :

7h45  9h00  10h15

11h30  12h45

#### Possibilité d'effectuer votre cure (Rhumatologie) :

Du 31 mai au 19 juin 2021. **Places limitées.**

31 mai :  17h  18h

## Votre hébergement

Où logerez-vous ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nous vous confirmerons ( sous réserve de disponibilité) la réservation par mail ou par courrier. Cette confirmation précisera l'orientation, la date de début de séjour et une tranche horaire. Toute modification doit être **impérativement demandée avant le début de la cure.**

Le responsable des traitements est la société SOGATHERM.

Les données recueillies sont exclusivement traitées dans le cadre de votre demande par les services habilités de SOGATHERM et ne font l'objet d'aucune cession. Elles sont conservées trois ans à compter de leur collecte par SOGATHERM ou du dernier contact émanant de votre part (demande de documentation par exemple).

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité (lorsqu'il s'applique) et d'opposition aux informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au Délégué à la Protection des Données de SOGATHERM à l'adresse dpo@fumades.com. Sauf mention contraire, toutes les rubriques sont obligatoires pour être en mesure de traiter au mieux votre demande.

## Votre consentement (IMPORTANT)

- Je reconnais avoir reçu toutes les informations nécessaires sur la collecte et le traitement des données personnelles :
- de mon enfant  me concernant et j'accepte que celles-ci soient utilisées aux fins de relations et d'échanges relatives à mon séjour.
- Je reconnais que mon adresse électronique et/ou mon numéro de portable pourront être utilisés à des fins de prospection et j'accepte de recevoir des offres promotionnelles et/ou commerciales. À l'occasion de chaque envoi, j'aurai la possibilité de mettre fin à cet accord selon les modalités prévues.

Pour les mineurs de moins de 16 ans, personne titulaire de l'autorité parentale :

Nom : ..... Prénom : .....