

ENGAGEMENT DE PAYER
(Articles L.6145-11 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e)

Nom de naissance.....Nom d'usage (le cas-échéant).....
Prénom.....Date de Naissance.....
Adresse.....
.....
.....

m'engage à régler les frais de séjour ainsi que les frais des prestations annexes de :

Moi-même

Ou du résident

Nom de naissance.....Nom d'usage (le cas-échéant).....
Prénom Date de Naissance.....
Lien de parenté.....

A compter de mon (1) / son admission à l'EHPAD KERLEANO du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique le...../...../.....
Je reconnais avoir été informé(e)

- Des tarifs journaliers applicables à la date du 01/07/2025 :

Tarifs EHPAD KERLEANO :

Tarif journalier hébergement + 60 ans chambre individuelle	72,85 € (soixante douze euros et quatre vingt cinq centimes)
Tarif journalier hébergement – 60 ans chambre individuelle	72,85 € (soixante douze euros et quatre vingt cinq centimes)
Tarif journalier FGU Participation à l'autonomie	6,10 € (six euros et dix centimes)

- Des dispositions de l'article L 6145-11 du Code de la santé publique selon lesquelles « les établissements publics de santé peuvent exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les hospitalisés, 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 le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique devant le juge aux affaires familiales auprès du Tribunal de Grande Instance.

Il est reconnu que ces prix sont révisés annuellement par l'autorité qui les a fixés (Conseil Départemental). Dans ce cas, les nouveaux prix seront facturés aux résidents présents au jour de l'application des nouveaux tarifs.

« Lu et approuvé », le
Signature