



possibilité de prise en charge partielle par la Sécurité Sociale

# Votre programme Minceur Vitale Fiche de réservation 20 jours

à retourner à : **Minceur Vitale**  
300, rue des Thermes - 65130 CAPVERN LES BAINS  
Tél. : **05 62 40 91 16** - Fax : 05 62 39 08 14  
E-mail : minceur.vitale@capvern-les-bains.com



## Renseignements administratifs

M.  Mme  Mlle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

## Votre formule

À quelle date souhaitez-vous effectuer votre cure ? Date de début souhaitée :

*Joindre la photocopie du volet 2 de votre prise en charge délivrée par la Caisse d'Assurance Maladie.*

**1<sup>ère</sup> orientation :**  Appareil Urinaire-Digestif et Maladies Métaboliques (obésité)/ AU-AD  
 Rhumatologie (RH)

**Double Orientation :**  AU-AD + RH  RH + AU-AD

*Veillez lire votre orientation figurant sur votre prise en charge et cocher l'option choisie.  
La double orientation, si tel est le cas, doit figurer sur votre prise en charge, merci de nous l'indiquer.*

Médecin de la station choisi : \_\_\_\_\_

Quel hébergement avez-vous choisi ?

Hôtel :  Le Saint-Paul \*\*  La Source \*\* Résidence de Tourisme :  Le Termalia \*\*

Meublé :  Camping (Chalets) :  La Plénitude \*\*

Chambre et table d'hôtes :  Le Château Barbé

Accompagnant éventuel :  Autre Curiste :

Nom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Restauration diététique :  oui  non - Forfait remise en forme :  oui  non

**Notre Conseil :** il est préférable d'arriver le dimanche après-midi : ainsi vous pourrez rencontrer votre médecin dès le dimanche et commencer vos soins le lundi matin. Les soins thermaux ont lieu du lundi au samedi. N'hésitez pas à nous interroger, nous vous indiquerons la meilleure période pour votre séjour.

Parrainez et recevez des cadeaux

## Parrainage

Parrainez un ou plusieurs curistes, vous recevrez un ou plusieurs cadeaux quand votre filleul(e) aura effectué sa cure.

**Le parrain (ou la marraine)**

Nom :

Prénom :

Adresse complète :

**Le filleul (ou la filleule)**

Nom :

Prénom :

Adresse complète :



Renseignez-vous et réservez rapidement au **05 62 40 91 16**

Retrouvez-nous sur [www.thermesdecapvern.com](http://www.thermesdecapvern.com)

