



**FORMULAIRE
DEMANDE D'INSCRIPTION**

N° document : 300-01
Classeur : FOR
Version : 3
Page : 1/1

Genève le

Concerne Mme, M. :

Date de naissance :

Adresse :



:

Actuellement : à son domicile

à l'hôpital des Trois-Chênes

à l'hôpital Cantonal

autres

Médecin traitant :

Adresse :



:

Personne de référence :

Adresse :



:

*EMS La Terrassière
Rue de la Terrassière 7
1207 Genève*

Téléphone 022 718 62 00

Fax 022 718 62 82

e-mail: info@ems-laterrassiere.ch

site web www.ems-laterrassiere.ch

Rédaction: FN/CR/CG
Responsable : CG

Validation: NZS/FN

Date de validation: 5.03.2008
Date de mise à jour: 15.07.2015

P:\QUALITE\3-REALISATION\300-Accueil d'un résidant\300-01 Formulaire demande d'inscription.docx