**ACCUEIL DE JOUR**

**SAINT - MIHIEL**

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT**

Code de la Santé Publique – Art R 6145-4

Cet engagement est à compléter et à signer par le futur hôte ou par son représentant légal.

|  |
| --- |
| Je soussigné(e), Monsieur / Madame / Mademoiselle (1) ………………………………………………Adresse ……………………………………………………………………………………………..Ville : ……………………………………………………………. Code postal : ………………….Téléphone : …………………………..m’engage à régler à votre établissement les frais d’hébergement et de dépendance*(1/3 du tarif hébergement de l’année en cours + le tarif du Gir. 5/6 au titre de la dépendance*.)Année 2022 au 1/03/2022Tarif hébergement 15,56 + Tarif dépendance 6,65TOTAL JOURNALIER = **22,21 € / jour**❒ de mon accueil dans votre établissement❒ d’accueil de mon/ma (lien de parenté) ……………………………………………………………….Adresse de facturation : ………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………. |

Fait à ………………………………………. Le : …………………………………

 Signature :

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (1) Rayer la mention inutile