



ETABLISSEMENT PUBLIC COMMUNAL
D'ACCUEIL DE PERSONNES AGEES DE LA VILLE
DE DIJON

ENGAGEMENT DE PAYER

Des obligés alimentaires au sens des articles 205.206.207 et 212 du code civil

L'admission en urgence n'est pas subordonnée à la signature du présent engagement de payer.

Je soussigné

Nom

Adresse

Numéro de téléphone

Lien de parenté avec l'hébergé

Je soussigné

Nom

Adresse

Numéro de téléphone

Lien de parenté avec l'hébergé

Je soussigné

Nom

Adresse

Numéro de téléphone

Lien de parenté avec l'hébergé

* Déclare(ent) par la présente s'engager solidairement et conjointement à régler sans restriction ni réserve, tous les frais et débours occasionnés par le séjour à l'E.H.P.A.D de

De :

M

Née le

* Déclare(ent) avoir été informé(s) du prix de journées et du prix des prestations pratiqués dans l'établissement soit à ce jour :

€ pour l'hébergement

€ pour la dépendance

et que ces prix sont fixés annuellement et révisables par arrêté du Président du Conseil Départemental de la Côte d'Or sur proposition du conseil d'administration de l'EPCAPA.

Fait à Dijon le / /

En double exemplaire dont un pour l'enregistrement