

INFORMATIONS POUR CONTRAT DE SERVICE

Ce contrat entrera en vigueur dès l'intervention du service de nettoyage à votre domicile

Identité

Nom :	Date de naissance : / /
Prénom :	Etat civil <input type="checkbox"/> vit seul-e
Rue :	Langue parlée :
NPA lieu :	District :
Téléphone :	Nationalité :
Portable :	Adresse mail :
Sortie d'hôpital <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Certificat médical <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Au bénéfice de Prestations Complémentaires de l'AVS <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	

Prestations attendues du service de nettoyage (minimum 3 mois)

Début souhaité des prestations Fin prévue <input type="checkbox"/> Indéterminée						
Nombre d'interventions souhaitées : <input type="checkbox"/> 1x par semaine <input type="checkbox"/> 1x toutes les 2 semaines <input type="checkbox"/> 1x toutes les 4 semaines <input type="checkbox"/> Sur demande (ex. nettoyage de printemps)						
Durée souhaitée par passage : <input type="checkbox"/> 2h <input type="checkbox"/> 3h <input type="checkbox"/> 1h30 <u>uniquement</u> pour studio et 1½ pièce						
Jours disponibles : Plus vos disponibilités sont grandes, plus vos chances d'être servi■e rapidement augmentent.						
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin 08h00-12h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après-midi 13h00-18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1. Personne de contact pour les questions de santé et sécurité

Lien avec le client :	
Nom	Adresse mail
Prénom	Portable
Rue	NPA lieu

Qui devons-nous contacter en priorité : Le-a client-e La personne de contact

2. Envoi de la facture à/au client Tiers payeur (Remplir ci-après)

Nom	Date de naissance
Prénom	Portable
Adresse	Adresse mail (facultatif)
Lien avec le client	

Début du contrat

Dès réception de ce document, dûment complété, nous procéderons à l'examen de votre demande. Nous prendrons contact avec vous pour vous informer des disponibilités et fixer, le cas échéant, le jour et l'heure de notre première intervention à votre domicile.

Nous vous adresserons une confirmation écrite, avec nos conditions générales notamment en ce qui concerne la protection des données ainsi qu'une copie du présent document contresigné qui fera alors office de contrat.

Un coût pour les frais d'ouverture du dossier de CHF 50.- sera ajouté à la première facture.

Signatures

Vous confirmez avoir pris connaissance de ces documents et les acceptez	
Client■e	Pro Senectute
Signature	Signature
Date	Date

Remarques

<p>.....</p> <p>.....</p>

Annexes

<ul style="list-style-type: none"> - Un dépliant « NETTOYAGES » - Les conditions générales
--

A laisser libre

Nom de l'intervenant■e	Date de la première intervention
Coordinatrice :	No GERAS :