

EHPAD D'Argonne	RES	DOSSIER D'ADMISSION	Date de création : 17 / 12 /2013	
			Date de mise à jour : 01/01/2019	
Date d'application :		Codification du document : ADM - 5		Pages : 1
				Annexe :

ACTE DE DEPOT DE GARANTIE

(à établir en deux exemplaires)



Siège social :

Site de Clermont : 10 rue Thiers
55120 CLERMONT EN ARGONNE

☎ 03.29.87.41.44

☎ 03.29.88.43.93

Site de Montfaucon :

3 place Général Pershing
55270 MONTFAUCON D'ARGONNE

☎ 03.29.85.19.79

☎ 03.29.85.12.69



Site de Varennes :

2 route de Cheppy
55270 VARENNES EN ARGONNE

☎ 03.29.80.71.24

☎ 03.29.80.72.11

Site internet : <http://ehpadargonne.com> @ contact@ehpadargonne.fr

Représenté par sa Directrice, Madame Sylvie BOUSSELET

Personne signataire du présent engagement :

NOM et Prénom :

Domicile :

A la date de signature, le montant de la caution a été fixé à :(somme en toutes lettres)

.....

Le signataire du présent acte s'engage à ce titre au profit de l'établissement à satisfaire aux obligations du résidentconcernant le règlement :

- pour le paiement des charges récupérables et réparations éventuelles.

La présente caution renonce expressément au bénéfice de la division et de la discussion.

Fait à, le.....

Signature de la Personne portant Caution :

(Précédé de la mention :

« Lu et approuvé pour dépôt de garantie »)

Signature de la Direction :