

## Déclaration d'intention

### Convention de participation Santé CDG 50

**Collectivité ou Etablissement public :**

**N° SIRET :**

Adresse :

Interlocuteur dédié au dossier « Protection sociale complémentaire » au sein de votre collectivité :

Nom Prénom

Fonction

Tél :

Email :

**Nombre d'agents dans la collectivité :**

**Souhaite adhérer à la convention de participation mise en place au 01/01/2023 par le CDG 50 pour le risque Complémentaire Santé**

**Souhaite mettre en place une participation financière** pour le risque santé, d'un montant de \_\_\_\_\_ par agent et par mois à compter du \_\_\_\_\_.

Cette déclaration d'intention sera confirmée par délibération en réunion du conseil municipal / syndical / communautaire qui se tiendra le \_\_\_\_\_.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Le (la) Maire ou le (la) Président(e)

Retournez ce document rempli à [sebastien.brixtel@mnt.fr](mailto:sebastien.brixtel@mnt.fr)

