**Déclaration d’intention**

**Convention de participation Prévoyance CDG 50**

**Collectivité ou Établissement public :**

**N° SIRET** :       N° INSEE :

Adresse :

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

Nom Prénom :       Fonction :

Tél :       Email :

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

1. **PRÉVOYANCE**

**[ ]** Souhaite mettre en place une **participation financière pour le risque prévoyance**, d’un montant de       par agent et par mois à compter du      .

**[ ]  Souhaite adhérer** à compter du       à la convention de participation mise en place par le CDG 50 pour le risque **Prévoyance**

Cette déclaration d’intention sera confirmée par délibération(s) en réunion du conseil municipal / syndical / communautaire qui se tiendra le      .

Fait à      , le

Le (la) Maire ou le (la) Président(e)