**Déclaration d’intention**

**Conventions de participation Santé et Prévoyance CDG 50**

**Collectivité ou Établissement public :**

Adresse :

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

Nom Prénom :       Fonction :

Tél :       Email :

**Nombre d’agents dans la collectivité ou l’établissement :**

1. **SANTÉ**

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

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

1. **PRÉVOYANCE**

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

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

Fait à      , le

Le (la) Maire ou le (la) Président(e)

*Merci de bien vouloir retourner ce document rempli et signé à* *juridique@cdg50.fr**.*