**BULLETIN D’ADHESION COLLECTIVITE – ETABLISSEMENT PUBLIC**

**Convention de participation – Risque Santé - CDG 50**

**COLLECTIVITE OU ETABLISSEMENT PUBLIC**

**NOM :**

**N° SIRET** :       N° INSEE :

Adresse :

code postal :       Ville :

**INTERLOCUTEUR** dédié au dossier « Protection sociale complémentaire - Santé »
au sein de votre collectivité ou établissement

NOM Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Email :

* **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 une participation financière pour le risque santé, d’un montant de** **euros par agent et par mois.**

**Informations complémentaires :**

* Nombre d’agents dans la collectivité :
* Date du CST qui a émis un avis sur cette demande :

Signature et cachet

Fait à      , le

Le (la) Maire ou le (la) Président(e)

*Merci de transmettre ce document complété à* *juridique@cdg50.fr* *accompagné de la délibération d’adhésion à la convention de participation Santé*