**Déclaration d’intention**

**Convention de participation Santé CDG 27**

**Collectivité ou Etablissement 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 :**

**Souhaite adhérer à la convention de participation mise en place au 01/01/2023 par le CDG 27 pour le risque Santé.**

**Souhaite mettre en place une participation financière** pour le risque santé, d’un montant de       € par agent et par mois à compter du       (date d’entrée dans la convention de participation).

**Atteste ne pas remettre en cause le choix de l’assureur retenu par le CDG 27 et choisit en toute connaissance de rejoindre la convention de participation, en dépit de l’absence de mandat donné lors de la mise en concurrence.**

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 l.hervieu@mutame-plus.fr***