**Déclaration d’intention d’adhésion aux**

**Conventions de participation : santé et /ou Prévoyance**

**Collectivité ou Etablissement public :**

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adresse : -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tél : ------------------------------------------------------- Courriel : ------------------------------------------------------------

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

Nom : ---------------------------------------------------- Prénom : -----------------------------------------------------------

Tél : ------------------------------------------------------- Courriel : ------------------------------------------------------------

**Souhaite mettre en place une participation au bénéfice des agents :**

Pour le risque prévoyance, d’un montant de------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pour le risque santé, d’un montant de--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Envisage d’adhérer à la convention de participation mise en place par le CDG 82**

Pour le risque santé date d’effet du contrat au 1er janvier 2024

Pour le risque prévoyance date d’effet du contrat au 1er janvier 2024

Cette déclaration d’intention sera confirmée par délibération en conseil (municipal, syndical, communautaire…) qui se tiendra le : …./…./….

**Cette déclaration d’intention est à retourner par courriel à :**

MNT : [conventionsanteCDG82@mnt.fr](mailto:conventionsanteCDG82@mnt.fr) et Relyens : [contrats.prevoyance@relyens.eu](mailto:contrats.prevoyance@relyens.eu)

Fait à , le

Nom, prénom, qualité, signature :