**Déclaration d’intention d’adhésion**

**Convention de participation Santé**

**Collectivité ou Etablissement public :**

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

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

Tél : ----------------------------------------------------------Fax :----------------------------------------------------------------Email :-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

**Souhaite mettre en place une participation :**

Versement à tout agent ayant souscrit à la convention de participation proposée d’un montant mensuel unique de …………. euros.

OU

Modulation selon la rémunération ou la situation familiale des agents (préciser ci-dessous les montants et les conditions de modulation le cas échéant)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Envisage d’adhérer à la convention de participation mise en place par le CDG 31**

Pour le risque Santé

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

A défaut de délibération, la structure que je représente serait déliée de tout engagement vis-à-vis de la MNT.

Fait à , le

**A renvoyer au CENTRE DE GESTION 31 par mail à l’adresse suivante :** [**santeprevoyance@cdg31.fr**](mailto:santeprevoyance@cdg31.fr)