**Déclaration d’intention d’adhésion**

**Convention de participation Santé à adhésion facultative**

**Collectivité ou Etablissement public :**

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

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

N° SIRET : -------------------------------------------------------------

Tél : --------------------------------------------------------------------

Email : ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

**Souhaite mettre en place une participation financière :**

🞏 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 66**

Préciser la date d’effet :

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

Cachet et Signature

NOM : -------------------------------------------------

Prénom : ----------------------------------------------

Fonction : ---------------------------------------------

**A renvoyer à la MNT par mail à l’adresse suivante :** [**conventionsantecdg66@mnt.fr**](mailto:conventionsantecdg66@mnt.fr)