



DECLARATION D'INTENTION

Participation à la consultation de mise en œuvre
de la convention de participation du CDG06
portant sur le **Risque SANTE**

Collectivité ou établissement public :

.....

N° SIRET :

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 participer à la consultation relative à la mise en œuvre d'une convention de participation 2025-2030 sur le risque SANTE mise en place par le CDG 06

Fait à le

Le (la) Maire ou le (la) Président(e)

Document à retourner complété et signé à retraites@cdg06.fr

Au plus tard vendredi 6 octobre 2023

Votre interlocuteur au CDG06 :

Laure MAILHO NAPIERALA, responsable du service Protection Sociale Complémentaire - 04 92 27 34 52