**Déclaration d’intention**

**Convention de participation Santé CDG 22 - MNT**

**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 :**

**[x]** Souhaite **adhérer** **à la convention de participation** mise en place au 01/01/2026 par le CDG22 pour le risque **Complémentaire Santé** à effet du **01/**

**[x]** Souhaite mettre en place, à cette date, une **participation financière sur la convention santé**, d’un montant de       euros par agent et par mois.

Cette déclaration d’intention sera confirmée par délibération(s) 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* conventionsantecdg22@mnt.fr