



Déclaration d'intention

Convention de participation Santé du CDG de Martinique

Collectivité ou Etablissement public :

N° SIRET :

Adresse :

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

Nom et Prénom :

Fonction

Tél :

Email :

Nombre d'agents dans la collectivité :

Souhaite adhérer à la Convention de participation mise en place au 01/01/2024 par le CDG de MARTINIQUE pour le risque Santé à la date du

Souhaite mettre en place une participation financière pour le risque Santé, d'un montant de par agent et par mois à compter du .

Cette déclaration d'intention sera confirmée par délibération - après avis du CST- en réunion de l'Assemblée Délibérante qui se tiendra le .

Fait à , le

Le (la) Maire ou le (la) Président(e)

Retournez ce document complété et signé par mail à :

cdg972@mnt.fr

psc@cdg-martinique.fr

