



Déclaration d'intention

Convention de participation santé du CDG84

A RENVOYER EXCLUSIVEMENT A LA MNT PAR MAIL :

cdg84-convsante@mnt.fr

Collectivité ou Etablissement public :

Adresse : _____

Tél : _____ Fax : _____

SIRET : _____

Email : _____

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

Souhaite mettre en place une participation :

Pour le risque santé, d'un montant de _____

Envisage d'adhérer à la convention de participation SANTE MNT mise en place par

le CDG 84 à compter :

DU 01/01/2025

DU 01/01/2026

Cette déclaration d'intention sera confirmée par délibération en conseil (municipal, syndical, communautaire...) qui se tiendra le :

Fait à _____, le _____