

**DECLARATION D’INTENTION**

**MANDAT AU CDG 86**

**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 permanents et non permanents dans la collectivité**

**Souhaite déléguer le pilotage du processus de la protection du risque prévoyance au CDG de la Vienne qui proposera un contrat collectif à adhésion facultative en matière de mutuelle Santé.**

Fait à…………..………………………., le……………..…………………

 Le (la) Maire ou le (la) Présidente

**Document à retourner accompagné du tableau de données à** **psc@cdg86.fr**

**Au plus tard le 1ER MARS 2025**

**Pour toute question, adresser un mail à psc@cdg86.fr**