**DECLARATION D’INTENTION**

**Participation à la consultation de mise en œuvre**

**de la convention de participation du CDG Maine et Loire**

**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 sur le risque SANTE mise en place par le CDG de Maine et Loire

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

Le (la) Maire ou le (la) Présidente

Document à retourner complété et signé au Centre de Gestion de Maine et Loire

9 rue du Clon 49000 ANGERS ou par mail à [psc@cdg49.fr](mailto:psc@cdg49.fr)

**Au plus tard le 31 octobre 2025**