

Merci de compléter tous les champs ; à défaut votre demande d'adhésion ne pourra être traitée.

EMPLOYEUR (COLLECTIVITÉ OU ÉTABLISSEMENT PUBLIC)

N° Siret Rattachée au CDG n°

Raison Sociale

Adresse (numéro/Voie)

Code postal Ville

RÉFÉRENT AU SEIN DE LA COLLECTIVITÉ OU DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC

Mme M. Nom Prénom

Fonction

Téléphone Email @

RÉFÉRENT POUR L'OUVERTURE DE L'EXTRANET RH

Mme M. Nom Prénom

Fonction

Téléphone Email @

ADHÉSION

Date d'effet de l'adhésion (*) / /

Montant de la participation / agent / mois Effectif total de la Structure

(* Avant d'adhérer au présent dispositif, si ma Collectivité ou mon Établissement avait précédemment souscrit un contrat collectif, je dois préalablement m'assurer qu'il ne sera plus en vigueur au 01/01/2023. A défaut, je dois le résilier selon les modalités prévues par ledit contrat.

Vu la délibération n° du / / Je soussigné(e) , en qualité de , déclare mon intention d'adhérer à la Convention de Participation relative au contrat facultatif "Frais de santé" conclue entre les CDG 18, 28, 36 et 41 et INTÉRIALE.

Dans l'attente de la délibération du / / Je soussigné(e) , en qualité de , déclare mon intention d'adhérer à la Convention de Participation relative au contrat facultatif "Frais de santé" conclue entre les CDG 18, 28, 36 et 41 et INTÉRIALE.

CONDITIONS TARIFAIRES

J'accepte les conditions tarifaires mutualisées standard retenues par les CDG 18, 28, 36 et 41 dans le cadre de la consultation.

GESTION DES COTISATIONS

Modalités de règlement des cotisations :

Règlement des cotisations par :
- précompte DSN : OUI NON
- précompte : OUI NON

(Mode de fonctionnement retenu dans le cadre de la consultation des CDG 18, 28, 36 et 41 pour l'ensemble des agents actifs. Le mode retenu pour les retraités est le prélèvement bancaire.)

Je reconnais avoir pris connaissance de la Convention de Participation relative au contrat collectif facultatif « Frais de santé » conclue entre les CDG 18, 28, 36 et 41 et INTÉRIALE, ainsi que des pièces contractuelles afférentes.

Je m'engage à permettre à Intériale de promouvoir le dispositif auprès de mes agents.

Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués sur ce Bulletin d'Adhésion.

Fait à , le / /

Signature :
(faire précéder votre signature de la mention «lu et approuvé»)

Cachet de la collectivité ou établissement public

A retourner au CDG 36 à
prevoyance.sante@cdg36.fr