



# DECLARATION D'INTENTION

## Participation à la consultation de mise en œuvre de la convention de participation du Centre de Gestion de Loire-Atlantique portant sur la couverture du 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 2027-2032 sur la couverture du risque SANTE mise en place par le CDG 44

Fait à....., le.....

Le (la) Maire ou le (la) Présidente

Document à retourner complété et signé à [psc@cdg44.fr](mailto:psc@cdg44.fr)

**Au plus tard le 30 septembre 2025**

**Votre interlocutrice au Centre de Gestion de Loire-Atlantique :**

Madame Florence HERBERT