



DECLARATION D'INTENTION
Participation à la consultation de mise en œuvre
des conventions de participation du CDG 84

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

PREVOYANCE

Souhaite participer à la consultation relative à la mise en œuvre d'une convention de participation au **1^{er} janvier 2025** sur le risque PREVOYANCE mise en place par le CDG du Vaucluse.

SANTE

Souhaite participer à la consultation relative à la mise en œuvre d'une convention de participation au **1^{er} janvier 2025** sur le risque COMPLEMENTAIRE SANTE mise en place par le CDG du Vaucluse.

OU

Souhaite participer à la consultation relative à la mise en œuvre d'une convention de participation au **1^{er} janvier 2026** sur le risque COMPLEMENTAIRE SANTE mise en place par le CDG du Vaucluse.

Fait à....., le.....

Le (la) Maire ou le (la) Président(e)

**Document à retourner complété et signé à Madame Laure DESCHAMPS – l.deschamps@cdg84.fr
au plus tard le 26 avril 2024**

Vos interlocuteurs au CDG Vaucluse :

Madame Marie-Mélanie GODARD – m.godard@cdg84.fr – 04 28 70 42 83

Madame Laure DESCHAMPS – l.deschamps@cdg84.fr – 04 32 44 89 31