



## DECLARATION D'INTENTION

### Convention de participation prévoyance du CDG2A

à retourner par mail à [conventionprevoyancecdg2a@mnt.fr](mailto:conventionprevoyancecdg2a@mnt.fr)

Collectivité ou Etablissement public

Nom collectivité : \_\_\_\_\_

Nombre d'Agents : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

SIRET : \_\_\_\_\_ INSEE : \_\_\_\_\_

Coordonnées de la personne responsable du dossier « Protection sociale complémentaire »

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

**Montant et modulation de la participation employeur pour le risque prévoyance :**

Le montant de la participation financière pour les agents a fait l'objet d'une délibération : oui  non

Si oui : participation par agent (en euros) : \_\_\_\_\_ ou (en % de la cotisation) : \_\_\_\_\_

**Envisage d'adhérer à la convention de participation prévoyance Mutuelle Nationale Territoriale-MDC  
à compter du .....  
mise en place par le CDG2A, par un contrat collectif**

en adhésion facultative  en adhésion obligatoire

**Cette déclaration d'intention devra être confirmée par délibération après avis du CST**

Si la date de délibération est connue, précisez en date du \_\_\_\_\_

Fait à ....., le .....

Signature du responsable :