

DÉCLARATION D'INTENTION
Participation à la consultation de mise en œuvre
de la convention de participation
du Centre de Gestion de la Vendée
portant sur la couverture du risque SANTÉ

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 SANTÉ mise en place par le Centre de Gestion de la Vendée.

Fait à _____,

Le _____

Le Maire, Le(la) Président(e)

Document à retourner complété et signé à psc@cdg85.fr
au plus tard le 31 octobre 2025

Vos interlocutrices au Centre de Gestion :

Madame Emilie VANNIER, Madame Anne-Marie HERBRETEAU

*Notre mission,
faciliter
les vôtres !*