



ATTESTATION
COMPLEMENTAIRE SANTE

Je soussigné(e)

NOM : PRENOM :

J'atteste avoir été informé de la mise en place du régime Frais de santé au sein de ma collectivité et certifie avoir pris connaissance de :

- La possibilité d'y souscrire pour moi et ma famille
- Des conditions d'adhésion,
- Des caractéristiques du régime,
- Du montant de la participation accordée par mon employeur,
- Des conséquences encourues en cas de renonciation.

En conséquence,

Je renonce au bénéfice des garanties de frais de santé prévues par ce régime.

Fait à

Le

Signature,