

ATTESTATION DE RECEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION A REMETTRE A VOTRE EMPLOYEUR

Je, soussigné(e)

_____ (1)

certifie avoir reçu de mon employeur la notice d'information relative au contrat collectif à adhésion facultative Complémentaire Santé souscrit par le CDG 09 auprès de la MUTUELLE PREVIFRANCE.

A _____ Le _____

Signature :

(1) Veuillez inscrire vos noms et prénoms.

(2) Indiquer la raison sociale de votre employeur.