

**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.