

ATTESTATION DE RECEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

Important :

Ce document est à compléter et à signer par le salarié puis à remettre à l'employeur. Il doit être conservé par l'employeur sans limite de durée et être remplacé à chaque remise d'une nouvelle Notice d'information constatant des modifications contractuelles.

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

reconnais avoir reçu une notice d'information sur le régime de remboursement de frais de santé du contrat collectif souscrit par mon employeur auprès de Mutualia Territoires Solidaires.

Fait à :

Le :

Signature :