

Formulaire de pré-engagement

CCN Laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers IDCC 959

Nom Entreprise

Adresse

Régime Général Régime Local

Date d'effet/...../20.....

Catégorie du personnel

Ensemble du personnel Cotisant Agirc Cotisant non Agirc

Niveau de garanties retenu

Base Base + option 1 (Merci d'indiquer la garantie choisie)

Cotisations

Salarié..... / Conjoint..... / enfant.....

(Tarifs de l'année en cours).

Modalités de paiement

.....

Périodicité souhaitée : Mensuelle Trimestrielle

Validité

La présente proposition est valable 3 mois, à compter de la date de sa réalisation, sauf nouvelle proposition. Toutefois, en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires ayant une incidence sur la présente proposition et plus spécifiquement en cas de modifications des remboursements des régimes d'assurance maladie obligatoire ou des taxes, prélèvements ou contribution auxquelles sont assujetties les garanties présentées ou la mutuelle, la présente proposition pourra être remise en cause.

Bon pour accord

Date / /

Signature précédée de la mention
« Bon pour accord »

