

ENGAGEMENT

Je soussigné(e),  
NOM, Prénom

---

Agissant pour le nom et pour le compte de la structure (intitulé complet et forme juridique) :

---

---

Ayant son siège social à :

---

Immatriculation RCS :

---

Numéro d'agrément :

---

Coordonnées :

---

---

---

---

Déclare avoir pris connaissance du présent document et en accepter toutes les modalités

Fait à.....

Le .....

**Signature du candidat**  
précédée de la mention lu et  
approuvé »

## DOSSIER DE CANDIDATURE

### I) Identification de la structure

| IDENTIFICATION DU CANDIDAT                                      |  |
|---|--|
| NOM   |  |
| Sigle   |  |
| Objet   |  |
| Statut  |  |
| N ° de SIRET  |  |
| Adresse du siège social   |  |
| Coordonnées téléphoniques                                       |  |
| Courriel  |  |
| Adresse de correspondance (si différente du siège social)       |  |
| IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL                            |  |
| NOM, Prénom   |  |
| Fonction  |  |
| Coordonnées téléphoniques                                       |  |
| Courriel  |  |
| IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CHARGÉE DU DOSSIER DE CANDIDATURE |  |
| NOM, Prénom   |  |
| Fonction  |  |
| Coordonnées téléphoniques                                       |  |
| Courriel  |  |

|   |                        |                          |
|---|------------------------|--------------------------|
| Votre structure est :   | Nationale<br>Régionale | Départementale<br>Locale |
| Union, fédération ou réseau auquel est affilié votre structure  |                        |                          |
| <p>PIÈCES A FOURNIR :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déclaration du candidat reflétant notamment la situation juridique, sociale, fiscale et financière de la structure ;</li> <li>▪ Pouvoir de la personne habilitée à engager le candidat ;</li> <li>▪ Extrait Kbis de moins de trois mois ;</li> <li>▪ Agrément administratif au titre de l'activité de mutuelle ;</li> <li>▪ Attestation sur l'honneur, datée et signée, justifiant qu'il ne fait pas l'objet d'une procédure de redressement ou liquidation judiciaire ;</li> <li>▪ Tableau des garanties selon les formules proposées par le candidat ;</li> <li>▪ Calendrier proposé des permanences à Carpiquet.</li> </ul> |                        |                          |
| <p>Précisez en quelques lignes le projet social et les valeurs de votre structure, et vos motivations à répondre à cet appel à partenariat</p>  |                        |                          |

II) Activité de la structure

ACTIVITÉ DE LA STRUCTURE (domaines d'activités, nombre d'adhérents, etc.)

IMPLANTATION GÉOGRAPHIQUE - RÉSEAU D'AGENCES

MOYENS HUMAINS - ÉFFECTIFS

### III) L'offre

Votre structure est-elle habilitée à proposer un contrat de complémentaire santé spécifique dédié aux bénéficiaires de la CSS participative ?

OUI

NON

Si oui, quel est son intitulé :

Depuis quand existe-t-il :

Détaillez le contenu du contrat de complémentaire santé que vous proposez dans le cadre du présent appel à partenariat (pièce obligatoire : tableau des garanties)

Détaillez votre organisation destinée à faciliter la relation commerciale avec les souscripteurs

Détaillez votre proposition de tarification

Précisez les actions collectives de prévention que vous pourriez proposer auprès des publics cibles et leurs modalités de mise en œuvre

Précisez les moyens humains et le réseau de proximité spécifiquement dédiés à ce partenariat

Si vous avez déjà été retenu pour des projets similaires par d'autres communes, veuillez  
détailler ici ce qui a été mis en place, où et quand ?

**Je soussigné(e) :**

**Représentant légal de la structure :**

**Certifie exactes et sincères les informations du présent dossier.**

**A :**

**Le :**

**Signature**

