



APPEL À PARTENARIAT

« FAVORISER L'ACCÈS AUX DROITS DE SANTÉ POUR TOUS »

Dossier de candidature

I – IDENTIFICATION – PRÉSENTATION DE VOTRE STRUCTURE

Identification du partenaire

NOM

Sigle

Objet

Statut

N° SIRET

Date de la création de la structure

Adresse du siège social

Code postal

Commune

Numéro de téléphone

Courriel

Site internet

Adresse de correspondance

(si différente du siège)

Code postal

Commune

Quelle est votre motivation à répondre à cet appel à partenariat ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

II – VOTRE ACTIVITÉ

Présentation de vos domaines d'activités

(joindre tout document le cas échéant)

Votre implantation géographique – votre réseau d’agences

Moyens humains – Effectifs

Vos adhérents – clients

III – VOTRE OFFRE

Votre structure est-elle déjà habilitée à proposer un contrat de complémentaire santé spécifiquement dédié aux bénéficiaires de la C.S.S. participative ?

OUI

NON

Si oui, quel est son intitulé ?

Depuis quand existe-t-il ?

Détaillez le contenu du/des contrats de complémentaire santé que vous proposez dans le cadre du présent appel à partenariat (joindre tout document le cas échéant) :

**Détaillez votre proposition de tarification du / de ces contrat(s)
(joindre tout document le cas échéant)**

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

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

Comment envisagez-vous de rendre compte au C.C.A.S. de SAINT-PÈRE-EN-RETZ de votre activité au bénéfice de ses résidents ?

Identification de la personne référente au sein de votre structure qui sera chargée du suivi de l'appel à partenariat

NOM -Prénom

Fonction

Téléphone

Courriel

Est-ce que cette personne référente peut participer à la réunion annuelle de bilan et s'inscrire dans un partenariat actif avec le C.C.A.S de SAINT-PÈRE-EN-RETZ ?

OUI

NON

Commentaires/Informations complémentaires

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Je soussigné(e) représentant légal de la structure certifie exactes et sincères les informations du présent dossier.

À, le.....

Signature

Dossier à envoyer avant le 30 septembre 2024 :

À l'attention du Président du C.C.A.S., M. AUDELIN Jean-Pierre

à l'adresse postale : 1 place de la mairie 44320 SAINT-PÈRE-EN-RETZ

OU

à l'adresse courriel : dgs@saintpereenretz.fr

