FORMULAIRE DE DÉLÉGATION DE POUVOIR

Je soussigné(e) .....

Agissant en qualité de .....

Représentant légal de l'entreprise .....

N° SIRET ☐☐☐☐☐☐☐☐ • ☐☐ – ☐☐☐☐ • ☐

N° SIREN .....

Adresse du siège social .....

Adresse de l'établissement concerné si différent .....

Donne, par ce document, pouvoir à la (aux) personne(s) dont le(s) nom(s) et la (les) signature(s) suit (suivent) pour effectuer pour mon compte les formalités liées à la conclusion et gestion du contrat collectif santé et/ou prévoyance couvrant les salariés de l'entreprise.

Fait à : ..... , le ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Nom, Prénom et signature du (des) délégataire(s)

Cachet de l'entreprise et signature du délégant

ENTP 0866 - V1 - 10/2020 - EAXR24