



Les Monts du Matin
MAISON DE RETRAITE MEDICALISEE

**RÉCÉPISSÉ DE LA DECISION UNILATERALE DE
L'EMPLOYEUR**

et DE LA NOTICE D'INFORMATION DU SALARIÉ

À remettre à votre responsable hiérarchique
ou à ranger directement avec votre fiche salarié

Je soussigné(e)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Entreprise : SARL LES MONTS DU MATIN

déclare avoir reçu de mon employeur la Décision Unilatérale de l'Employeur et une notice d'information décrivant les garanties et modalités d'application du régime de frais de santé.

Fait à : _____

Le : _____

Signature :