



Les Monts du Matin
MAISON DE RETRAITE MEDICALISEE

RÉCÉPISSÉ
DE LA NOTICE D'INFORMATION PREVOYANCE 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 une notice d'information décrivant les garanties et modalités d'application du régime de Prévoyance.

Fait à : _____

Le : _____

Signature :