



## ATTESTATION DE RÉCEPTION DE LA DÉCISION UNILATÉRALE DE L'EMPLOYEUR POUR LA MISE EN PLACE DU RÉGIME OBLIGATOIRE DE FRAIS DE SANTÉ

Je, soussigné(e), Monsieur/Madame/Mademoiselle\*, *[NOM PRENOM]*,  
demeurant *[ADRESSE]*, certifie avoir  
reçu un écrit constatant la décision unilatérale de mon employeur de mettre  
en place dans l'entreprise *[à préciser]* un régime obligatoire  
frais de santé et ce, conformément à l'article L.911-1 du Code de la sécurité  
sociale.

Fait à *[LIEU]*, le *[DATE]*

Signature du salarié

*\* rayer les mentions inutiles*