

N° RPPS :

N° ADELI :

Objet : Renonciation au régime PAMC pour la couverture maladie

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2023, et de l'article 31 de la LFSS 2024, je vous informe par la présente de **ma décision de renoncer au régime PAMC pour ma couverture maladie.**

Je comprends que cette renonciation est définitive et qu'elle prendra effet à compter du **1er janvier 2025.**

Je vous remercie de bien vouloir prendre en compte ma demande et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le _____, à _____