

[Nom du porteur de risque]

 [Adresse]

 [Adresse]

 [Adresse]

 [Lieu], le [date]

Lettre recommandée avec AR

**Objet : Mandat non exclusif d’audit**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous mandatons, à compter de ce jour, le Cabinet C.A.T. PARTNERS (20Bis, Route de Montesson 78110 Le Vésinet) afin de procéder à l’audit de l’ensemble de nos régimes Frais de santé et/ou Prévoyance de la société [Nom de la Société].

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l’expression de nos salutations distinguées.

 Nom et qualité du signataire

Copie : Olivier Grédelu -Président Cabinet C.A.T. PARTNERS