



BULLETIN D'ADHESION RELATIF AUX ADHERENTS ACTIFS

ورقة الإنخراط خاصة بالمنخرطين النشيطين

القطاع التعااضدي (*)
SECTEUR MUTUALISTE (*)

خانة خاصة بالتعاضدية

Cadre réservé à la Mutuelle

N° d'affiliation : رقم الانخراط	N° IMMATRICULATION : رقم التسجيل
Date d'affiliation : تاريخ الانخراط	

Je soussigné(e) : أنا الموقع أسفله :
 Prénom : : الاسم الشخصي :
 Nom : : الاسم العائلي :
 Nationalité : : الجنسية :
 Né(e) le : à : المزداد(ة) بتاريخ :
 Situation de famille : Célibataire marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) : الحالة العائلية : عازب(ة) متزوج(ة) مطلق(ة) أرمل (ة) بتاريخ :
 Numéro Carte d'identité nationale : : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Situation administrative : activité - retraité : الحالة الادارية : قائم(ة) بعمل - متقاعد(ة) :
 Ministère ou organisme : : الوزارة أو المؤسسة :
 Service : : المصلحة :
 Grade : Echelle : Echelon : : الرتبة : السلم : الدرجة :
 Numéro Matricule : : رقم الأداء :
 Date de recrutement : : تاريخ التوظيف :
 Adresse personnelle : : العنوان الشخصي :
 Relevé d'identité bancaire (RIB) : : بيان التعريف البنكي :

Je déclare souscrire aux statuts et règlement intérieur de la Mutuelle "OMFAM" et demande mon adhésion à compter du : J'accepte que les cotisations auxquelles je suis assujetti(e) soient précomptées mensuellement sur mes émoluments A le Signature du postulant :	أصرح بأنني ألتزم بالنظام الأساسي والضابط الداخلي لتعاضدية "أمفام" وأطلب أن أنخرط ابتداء من أوافق على أن يقتطع واجب انخراطي شهريا من مرتبي ويدفع لتعاضدية "أمفام". ب في توقيع طالب الانخراط :
--	---

معلومات عن الزوج

Renseignements sur le conjoint

Prénom : : الاسم الشخصي :
 Nom : : الاسم العائلي :
 Nationalité : : الجنسية :
 Né(e) le : à : المزداد(ة) بتاريخ :
 Profession : : المهنة :
 Marié(e) le : : متزوج بتاريخ :
 Numéro Carte d'identité nationale : : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Est-il (elle) affilié à une mutuelle ? : منخرط في تعاضدية ما؟ :
 Si oui, N° d'immatriculation : : إن كان نعم. رقم التسجيل :

الاسم الشخصي للأطفال PRENOM DES ENFANTS	تاريخ الولادة DATE DE NAISSANCE	الاسم الشخصي للأطفال PRENOM DES ENFANTS	تاريخ الولادة DATE DE NAISSANCE

ATTESTATION POUR LES AGENTS EN ACTIVITE

شهادة تتعلق بالأعوان المزاولين عملهم

أنا الموقع أسفله (1) :
 أشهد أن (الاسم العائلي والشخصي) :
 يعمل بمصلحتي منذ :
 وأنه (ها) يحتل حاليا درجة :
 ومرتبته (ها) الشهري يدفع من طرف (2) :
 رقم الأداء :
 رقم الاداء :
 Le comptable payeur à qui l'acceptation de précompte :
 Doit être envoyé est (3) :

A le

ب في

Signature et cachet du chef de service

توقيع وخاتم رئيس المصلحة

قسم خاص بالتعاضدية <i>PARTIE RESERVEE A LA MUTUELLE</i>	قسم خاص بالأمر بالصرف <i>PARTIE RESERVEE A L'ORDONNATEUR</i>
A précompter à compter du : Date d'affiliation: N° d'affiliation: N° d'immatriculation: وجه بتاريخ Transmis le توقيع وخاتم مدير التعاضدية Signature et cachet du Directeur de la Mutuelle	Date de prise en charge : N° matricule Taux de précompte - Secteur Mutualiste 1,80% - CAAD 1,39% Renvoyé à la mutuelle Le أرجع إلى التعاضدية بتاريخ نسب المساهمة القطاع التعاضدي ص م ت و توقيع رئيس مكتب الأمر بالصرف Signature du chef du bureau d'ordonnancement

Pièces à fournir :

* Copie du dernier Etat d'engagement ou du Bulletin de paye

الوثائق الواجب الإدلاء بها :

* نسخة من آخر بيان الالتزام أو ورقة الأجر

- (1) - Nom et qualité du chef de service
- (2) - Préciser le nom de l'ordonnateur, service central, sous-ordonnateur, services municipaux, Régie comptable
- (3) - Préciser le nom et l'adresse exacte

- (1) - اسم وصفة رئيس المصلحة
- (2) - بيان الاسم الأمر بالصرف، مصلحة مركزية، مساعد الأمر بالصرف، مصالح بلدية، مصلحة المحاسبة.
- (3) - بيان الاسم والعنوان الصحيح