



BULLETIN D'ADHESION RELATIF AUX ADHERENTS RETRAITÉS ورقة الإنخراط خاصة بالمنخرطين المتقاعدين

القطاع التعااضدي وصندوق الوفاة (*)
SECTEUR MUTUALISTE - CAISSE DECES (*)

خانة خاصة بالتعااضدية Cadre réservé à la Mutuelle	
N° d'affiliation : رقم الانخراط Date d'affiliation : تاريخ الانخراط	N° IMMATRICULATION : رقم التسجيل

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 :

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

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 تعااضدية 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 الاداء :
 رقم N° matricule :
 Le comptable payeur à qui l'acceptation de précompte :
 المحاسب الذي يجب أن يرسل إليه قبول
 Doit être envoyé est (3) :
 الخصم هو (3) :

A le

..... 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>
<p>A précompter à compter du : يخصم ابتداء من : Date d'affiliation: تاريخ الانخراط: N° d'affiliation: رقم الانخراط: N° d'immatriculation: رقم التسجيل:</p> <p>Transmis le وجه بتاريخ</p> <p>توقيع وخاتم مدير التعاضدية Signature et cachet du Directeur de la Mutuelle</p>	<p>Date de prise en charge : تاريخ التكفل : N° matricule رقم الأداء :</p> <p><u>Taux de précompte</u> نسب المساهمة - Secteur Mutualiste 1% القطاع التعاضدي - CAAD 1,39% ص م ت و</p> <p>Renvoyé à la mutuelle أرجع إلى التعاضدية Le بتاريخ</p> <p>توقيع رئيس مكتب الأمر بالصرف Signature du chef du bureau d'ordonnancement</p>

Pièces à fournir :

* Copie de l'attestation de pension

الوثائق الواجب الإدلاء بها :

* نسخة من شهادة المعاش

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