

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

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

خانة خاصة بالتعاونية

Cadre réservé à la Mutuelle

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

Je déclare souscrire aux statuts et règlement intérieur de la Mutuelle "OMFAM" et demande mon adhésion à compter du :.....

أصرح بأنني ألتزم بالنظم الأساسي والخابط الداخلي لتعاونية "أمفام" وأطلب أن أخترط ابتداء من

J'accepte que les cotisations auxquelles je suis assujetti(e) soient précomptées mensuellement sur ma pension

أوافق على أن يقطع واجب انخراطي شهرياً من معاشي ويدفع لتعاضدية "أمفام".

A..... le

Signature du postulant :

..... في بـ توقيع طالب الانخراط :

معلومات عن الزوج

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

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

Je soussigné(e) (1) أنت الموقعة أسفله (1) :
 Atteste que (nom et prénom) : أشهد أن (الاسم العائلي والشخصي) :
 Est bien employé(e) dans mon service depuis le : يعمل بمصلحتي منذ :
 Est qu'il (elle) occupe actuellement le grade de : وأنه (ها) يحتل حالياً درجة :
 Son traitement mensuel est versé par (2) : ومرتبه (ها) الشهري يدفع من طرف (2) :
 N° matricule : رقم الأداء :
 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 بـ

Signature et cachet du chef de service

توقيع وخاتم رئيس المصلحة

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

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