

BULLETIN D'ADHESION
ورقة الانخراط

القطاع التعاضدي و صندوق الوفاة (*)
SECTEUR MUTUALISTE - CAISSE DE DECES(*)

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 : Nationalité الجنسية :
Né(e) le: à في
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 الإدارية : قائم(ة) بعمل - متقاعد(ة) :
Ministère ou organisme : الوزارة أو المؤسسة :
Service : المصلحة :
Grade : Echelle : Echelon : الرتبة : الدراجة :
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 الضابط الداخلي لتعاضدية "أوفام" وأطلب أن أنخرط ابتداء من

أوافق على أن يقتطع واجب انخراطي شهريا من مرتبي ويدفع لتعاضدية "أوفام".

ب في

توقيع طالب الانخراط :

معلومات عن الزوج
Renseignements sur le conjoint

Prénom : الاسم الشخصي :
Nom : Nationalité الجنسية :
Né(e) le: à في
Profession : المهنة :
Marié(e) le : متزوج بتاريخ :
Numéro Carte d'identité nationale : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Est-il (elle) affilié (e) 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

Je soussigné(e) (1) : أنا الموقع أسفله (1) :
 Atteste que (nom et prénom) : أشهد أن (الإسم العائلي والشخصي) :
 Est bien employé(e) dans mon service depuis le : يعمل بمصلحتي منذ :
 Est qu'il (elle) occupe actuellement le grade de : وانه (ها) يحتل حاليا درجة :
 Son traitement mensuel est versé par (2) : ومرتبو (ها) الشهري يدفع من طرف (2) :
 N° matricule : رقم الاداء :
 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

ب في

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 و خاتم مدير التعاضدية Signature et cachet du Directeur de la Mutuelle	Date de prise en charge : تاريخ التكفل : N° matricule رقم الاداء : Taux de précompte - Secteur Mutualiste 1,80 % - CAAD 1,39 % نسب المساهمة - القطاع التعاضدي - ص م ت و Renvoyé à la mutuelle Le ارجع إلى التعاضدية بتاريخ توقيع رئيس مكتب الأمر بالصرف Signature du chef du bureau d'ordonnancement

Pieces à fournir :

* Copie de 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 اسم الأمر بالصرف. مصلحة مركزية. مساعد الأمر بالصرف. مصالح بلدية. مصلحة المحاسبة.
- (3) - بيان الاسم والعنوان الصحيح