INSTITUT NATIONAL DE SECURITE SOCIALE
"I.N.S.S."
SOUS LA GARANTIE DE L'ETAT
Institué par Décret Loi du 29/06/1961

Réservé à l'I.N.S.S.			
V I S A S			
COURRIER	**DIRECTION**	**SCE G.E.S.**	**INFORMAT.**

CENTRE DE GESTION : .....

"MODELE I" DEMANDE D'AFFILIATION DE L'EMPLOYEUR

DENOMINATION OU RAISON SOCIALE

ABREVIATION

FORME JURIDIQUE : Ets ☐ S.P.R.L ☐ S.A.R.L. ☐ A.S.B.L ☐ AUTRES……

N° R.C. DELIVRE A ……..

N° Id. Nat.

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :
AV./RUE : …….. N°…… QUARTIER / SECTEUR : ……..…. ☐ *R
COMMUNE /TERRITOIRE : …….. VILLE / DISTRICT……..

PROVINCE :…… ☐☐ *R
N° BOITE ET LOCALITE POSTALE : ……
N° D'APPEL :…….. FAX :…… E-MAIL:……. ☐☐☐ *R
INTERNET : ……

NOMBRE DE SIEGES D'EXPLOITATION : ☐
ACTIVITE PRINCIPALE : …… ☐☐☐☐ *R
ACTIVITE SECONDAIRE :……..

DATE D'OUVERTURE OU D'ACQUISITION DE L'ENTREPRISE : ……. ☐☐ Jour ☐☐ Mois ☐☐☐☐ Année

DATE DE DEBUT DE L'EMPLOI DU PERSONNEL : …… ☐☐ Jour ☐☐ Mois ☐☐☐☐ Année

NOMBRE DE TRAVAILLEURS AU MOMENT DE L'AFFILIATION : ☐☐☐☐☐☐☐

NOMBRE D'ENFANTS BENEFICIAIRES DES A.F. : ☐☐☐☐☐☐☐

TOTAL MENSUEL DES REMUNERATIONS BRUTES : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

EN CAS DE REPRISE D'ENTREPRISE :
DENOMINATION OU RAISON SOCIALE DE L'ENTREPRISE :……

NUMERO D'AFFILIATION : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DATE DE REPRISE : ☐☐ Jour ☐☐ Mois ☐☐☐☐ Année

LIEU ET DATE D'ETABLISSEMENT DE LA DEMANDE :…….. ☐☐ Jour ☐☐ Mois ☐☐☐☐ Année

NOM DU RESPONSABLE :

NUMERO D'AFFILIATION ATTRIBUE :

I	II	III	IV	V

NOM, SIGNATURE ET CACHET DE L'EMPLOYEUR OU SON DELEGUE

N.B. **1) R* : Réservé à l'I.N.S.S.**
2) A remplir en 3 exemplaires et joindre le N.R.C., le N° Id. Nat., le statut et le permis d'exploitation