

INSS
INSTITUT NATIONAL
DE SECURITE SOCIALE
B.P 1600 BUJUMBURA

CADRE DE L'INSS
N° d'enregistrement:
Date de réception :

AFFILIE

ASSURANCE VOLONTAIRE

MOD A.V

N° IMMATRICULATION

B.P:

BUJUMBURA TEL:

CODE AV

L'affilié volontaire est prié de faire connaître d'urgence à l'Institut toute modification qui devrait être apportée à l'adresse telle qu'elle figure ci-dessus

DECLARATION DE VERSEMENT
POUR LE MOIS DE20.....

A envoyer en double exemplaire à l'INSS B.P 1600 BUJUMBURA
au plus tard le 15 du mois qui suit la date de l'échéance cfr article 5 de la
décision 4225

Montant des revenus soumis à cotisation
par mois pour l'année 20..... (cfr art 6)

CALCUL DES COTISATIONS

TAUX

Montant des cotisations

Montant des revenus mensuels

..... X 10 %

Le montant des cotisations (en lettres)

A été versé le.../.../20... A LA BRB n° 1121/005.BANCOBU n° 0262601-06.BCB n°68450-61
IBB n°3532-01-47.BGF n°00426/1/89.
RNP n°ZA 0250.BBCI n°0536/60.BBCI n° 0536/60
(biffer la mention inutile)

Je soussigné NOM (en lettres capitales) Prénom
certifié que les renseignements contenus dans la présente déclaration sont exacts
et complets

Fait en double exemplaires à/...../20.....

(signature)

RESERVE A L'INSS

Nom et Prénom du vérificateur :
(signature)