

REPUBLIQUE DU BURUNDI
INSTITUT NATIONAL DE
SECURITE SOCIALE
Tél. : 22 269505/22 269502
B.P. 1600 BUJUMBURA

E-mail : [inss @ cbinfo.com](mailto:inss@cbinfo.com)

DEMANDE D'AFFILIATION VOLONTAIRE

IDENTITE DU DEMANDEUR (en lettre capital SVP)	RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AFFILIATION
<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Lieu de naissance</p> <ul style="list-style-type: none">* Quartier ou colline :* Commune :* Province : <p>Résidence actuelle :</p> <ul style="list-style-type: none">* Quartier :* Commune :* Province : <p>Tél :</p> <p>Mobile :</p> <p>B.P. :</p> <p>E-mail :</p> <p>Père :</p> <p>Mère :</p> <p>Numéro et référence de la carte d'identité :</p> <p>-----</p> <p>- Montant des revenus mensuels :</p> <p>- Montant des salaires perçus au cours des trois derniers mois avant la fin de l'affiliation obligatoire :</p>	<p>N° d'immatriculation :</p> <p>Début d'affiliation obligatoire :</p> <p>Fin d'affiliation obligatoire :</p> <p><u>L'employeur précédent :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Nom et Prénom :- Dénomination sociale :- N° d'affiliation :- Adresse : <p><u>Début d'affiliation volontaire :</u></p>
<p style="text-align: right;">Date et Signature du déclarant :</p>	