

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

E-mail : 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 * Quartier ou colline : * Commune : * Province :</p> <p>Résidence actuelle : * Quartier : * Commune : * Province :</p> <p>Tél : Mobile : B.P. : E-mail :</p> <p>Père : Mère :</p> <p>Numéro et référence de la carte d’identité : -----</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> <p>- Nom et Prénom : - Dénomination sociale : - N° d’affiliation : - Adresse :</p> <p><u>Début d’affiliation volontaire :</u></p>
Date et Signature du déclarant :	