



Tél : 20 21 31 58
20 21 25 54
20 21 47 31
BP : 53 Bamako

**INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE
SOCIALE**

**ORGANISME GESTIONNAIRE DELEGUE DE LA
CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE**

Tél:20 72 91 95
20 23 01 33
20 23 01 17
BP :



DEMANDE D'IMMATRICULATION D'UN EMPLOYEUR

(Case réservée)

N° d'immatriculation
de l'Employeur

Nom du Service / Etablissement :

Raison Sociale :

Forme juridique :

Adresse :

Rue : Porte : Quartier : Commune :

Région : Téléphone : Cellulaire :

Email : NIF : NINA :

Nom du Responsable : Fonction :

ACTIVITES

Principale :

Secondaire.....

Description détaillée de l'activité

.....

.....

.....

.....

Salariés	Homme	Femme	Total
Travailleurs Locaux Permanents			
Travailleurs Locaux Occasionnels			
Travailleurs Expatriés			
Apprentis			
		TOTAL	

Masse salariale Mensuelle

Date de démarrage de création du service :

Cotisations dues :

Bamako, le ____/____/____

Code : _____

Signature et cachet de l'Employeur