



Tél : 20 29 30 46
20 29 27 06
BP : 484

CAISSE MALIENNE DE SECURITE 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 :

MISSIONS

.....

.....

Description détaillée de l'activité

.....

.....

.....

Salariés	Homme	Femme	Total
Fonctionnaires civils			
Fonctionnaires militaires			
Fonctionnaires des collectivités			
Parlementaires			
		TOTAL	

Masse salariale Mensuelle

Date de démarrage de création du service :

Cotisations dues :

Bamako, le ____/____/____

Code : _____

Signature et cachet de l'Employeur