



ADHERENT

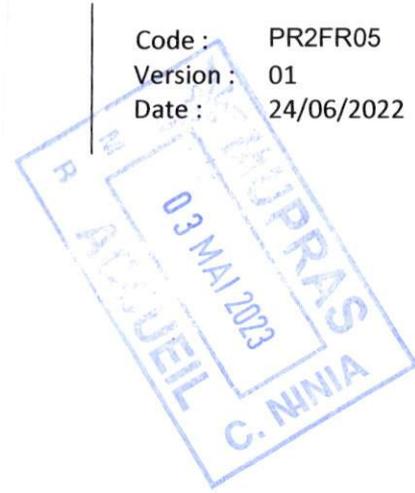
Nom : Bourhaji Prénom : Leïla
 Adresse : Jnane Bouas Kassar-Ville 44 N° CIN : BE 435996
 Sexe : M F Situation de Famille : Mariée
 Fonction actuelle : Inapte Date de Naissance : 25-06-1967
 Date d'entrée en fonction : 01-04-1991 Matricule : 8750
 N° GSM : 06 14 01 34 82 Tél FIXE : 06 14 01 34 82
 Email:

BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe	Date de Naissance	Profession
	CC 1	<u>Oucouc EL Houssine</u>	M F	<u>21.02.1963</u>	<u>Retraite</u>
	CC 2	/	M F	/	/
	CC 3	/	M F	/	/
	CC 4	/	M F	/	/

(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Scolarisé (e)	Célibataire
	E 01		M F		OUI NON	OUI NON
	E 02	/	M F	/	OUI NON	OUI NON
	E 03	/	M F	/	OUI NON	OUI NON
	E 04	/	M F	/	OUI NON	OUI NON
	E 05	/	M F	/	OUI NON	OUI NON
	E 06	/	M F	/	OUI NON	OUI NON
	E 07	/	M F	/	OUI NON	OUI NON
	E 08	/	M F	/	OUI NON	OUI NON
	E 09	/	M F	/	OUI NON	OUI NON
	E 10	/	M F	/	OUI NON	OUI NON





DECLARATION DE L'ADHERENT

Prrière de répondre explicitement à toutes les questions

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

Profession : Retraité

Bénéficie-t-il d'une Couverture Médicale ou d'assistance ? Oui Non

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ? /

Bénéficie-t-il d'une Couverture Complémentaire Oui Non

Est-il affilié à la CNSS (si oui mentionner le N°) : Oui Non - Numéro : 139155537

Est-il affilié à la CMR (si oui mentionner le N°) : Oui Non - Numéro : /

Je déclare sur l'honneur exactes et sincères les réponses ci-dessus.

Je reconnais que toute réticence, omission ou fausse déclaration entraînerait la nullité de mon adhésion conformément aux dispositions en vigueur.

Vu pour la légalité
par M. Keile Bouattar
30 435991
الجماعة الحضريّة لبوسكورة في

Fait à CATA Le 03-06-2023
Signature de l'Adhérent.
(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Lu et approuvé
3779

2 - MAI 2023
PROVINCE DE MOUACEUR
MINISTRE DE L'INTERIEUR
SERVICE DE LA
LEGIATION
Ahmed MESSOUDI
Pour Dérégation