



INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE

B.P 53 Square Patrice Lumumba Bamako Tel : 221 25 54 / 221 60 01 / 221 31 02 FAX 221-47-31

Réservé à l'INPS

ASSURANCE VOLONTAIRE DEMANDE D’AFFILIATION

IDENTIFICATION

Nom

Prénom

Nom de jeune fille

Nationalité : Sexe :

Filiation

Date et lieu de naissance

Adresse :

Région /District..... Commune/Cercle.....

Quartier..... Rue : Porte.....

Immeuble..... BP : Tel :

FAX : Email :

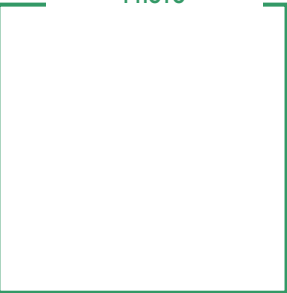
Pour les maliens de l’extérieur: Pays : Ville :

Adresse à l’étranger.....

.....

.....

PHOTO



Cocher les cases correspondant à votre situation familiale

Marié Célibataire Veuf Divorcé

Nombre d’enfants de moins de 21 ans:

REVENU

Annuel :

Trimestriel :

ACTIVITE EXERCEE

Description de l’activité exercée :

.....

LIEU DE VERSEMENT DES COTISATIONS

REGION / DISTRICT :

BUREAU CORRESPONDANT / CENTRE SECONDAIRE COMMUNE :

.....

ETRANGER

Pays : Ville :

LIEU DE PERCEPTION DES PRESTATIONS

REGION / DISTRICT :

BUREAU CORRESPONDANT / CENTRE SECONDAIRE COMMUNE :

.....

ETRANGER

Pays : Ville :



Réservé à l'INPS

ASSURANCE VOLONTAIRE

DECLARATION DU REVENU ANNUEL

Numéro d'assuré volontaire :

IDENTITE DE L'ASSURE VOLONTAIRE DECLARANT

Nom

Prénom

Nom de jeune fille

Nationalité :

Filiation

Date et lieu de naissance

Adresse :

Région /District Commune/Cercle

Quartier Rue : Porte

Immeuble BP : Tel :

FAX : Email :

Pour les maliens de l'extérieur:

Pays : Ville :

Adresse à l'étranger

LIEU DE VERSEMENT DES COTISATIONS

REGION / DISTRICT :

.....

BUREAU CORRESPONDANT / CENTRE SECONDAIRE COMMUNE :

ETRANGER

Pays : Ville :

REVENU DECLARE

Activité exercée : Année

Revenu annuel déclaré

- En chiffres:

- En lettres :

.....

Certifié exact

Date :

Signature