CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE (CNAMU)

BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice

FORMULAIRE D'AFFILIATION DE L'EMPLOYEUR

Code : 2024-01-1

RÉSERVÉ A LA CNAMU

Site d'affiliation : .....

Code agent : N° |__|__|__|__|__| **Code superviseur :** N° |__|__|__|__|__|

Date d'affiliation : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **N° Affiliation :** |__|__|__|__|__|__|__|__| |__|

I. IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Catégorie d'employeur[1] : Personne physique |__| Personne morale |__|

Nom et Prénom (s)[2] : .....

Dénomination sociale : .....

Sigle : ..... **Boîte postale :** .....

Nom et Prénom (s) du représentant légal[3] : .....

Qualité du représentant : .....

Activité principale : .....

N° RCCM : |__|__| |__|__|__| |__|__|__|__| |__| |__|__|__|__| **N° IFU :** |__|__|__|__|__|__|__|__| |__|

Date de création : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **Date de 1re embauche :** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Document de création : .....

Référence du document de création : .....

Téléphone : (+226) |__|__|__|__|__|__|__|__| **Email :** .....

N° Compte bancaire : |__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Nombre de travailleurs : Hommes :|__|__|__|__|__| Femmes :|__|__|__|__|__| Total :|__|__|__|__|__|

(1) Cocher la case correspondante
(2) Réservé à l'employeur personne physique
(3) Lorsqu'il s'agit d'une personne morale

II. RÉSERVÉ À EMPLOYEUR PERSONNE PHYSIQUE

N° CNIB : |__|__|__|__|__|__|__|__| **du** |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **au** |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

N° NIP CNIB : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N° Passeport :|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **du** |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **au**|__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Établie par : .....

III. SITUATION GÉOGRAPHIQUE

Région : ..... **Province :** .....

Département/Commune : ..... **Arrondissement :** |__|__| **Secteur :** |__|__|

Village : ..... **Boulevard :** .....

Avenue : ..... **N° Rue :** |__|__|__|__|

Références parcelle : N° Parcelle : |__|__| Lot : |__|__| Section : |__|__|__|

IV. FORME JURIDIQUE

1. **Administration :**
   Ministère |__| Collectivité territoriale |__| Etablissement public |__| Société d'Etat |__|
   Société d'économie mixte |__| Projet et programme |__| Institution |__|
2. **Société commerciale :** SA |__| SARL |__| SNC |__| SAS |__| SCS |__|
3. **Société civile :** Société civile professionnelle |__| Société civile immobilière |__|
4. **Autres structures :**
   Entreprise individuelle |__| Coopérative |__| Association |__| ONG |__| Fondation |__|
   Mutuelle sociale |__| Syndicat |__| Services rendus aux collectivités |__|

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus mentionnées et l'authenticité des documents fournis

Fait à _____, le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

(Signature et cachet de l'employeur)

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE
CNAMU
Directeur Général (DG)
BURKINA FASO