

Je soussigné(e),

Nom

SBEIT

Prénom

FATIMA

Titulaire de la CNI (*) n°

B 68 1170

Immatriculé à la MUPRAS sous le n°

5201

Déclare sur l'honneur que je :

N'exerce aucune activité imposable à l'IR et/ou

l'IS au titre de l'année fiscale :

أنا الموقع (ة) أسفله،

الاسم العائلي

الاسم الشخصي

والحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعريف (*) رقم

مسجل بالتعاضدية تحت رقم

أصرح بشرفي اني :

لا ازاول أي نشاط اجري او مهني خاضع للإقتطاع الضريبي

على الأشخاص و/أو الشركات برسم السنة

المالية:

Je certifié que toutes les informations que j'ai fournies sont correctes, et je m'engage à avertir les services de la MUPRAS de tout changement de ma situation.

أشهد بصحة المعلومات المصرح بها، وأتعهد بإخطار التعاضدية بأي تغيير في وضعيتي .

NB :

Toute fausse déclaration pourra entraîner la suspension de votre droit à la couverture MUPRAS avec l'obligation de restitution des remboursements indument perçus, conformément au règlement intérieur « Article 4 et 6 ».

تنبيه:

أي تصريح غير صحيح يعرض المصرح إلى تعليق العضوية في التعاضدية مع الالتزام بإسترجاع المبالغ المستلمة طبقا للقانون الداخلي الجاري به العمل (المواد 4 و 6).

بتاريخ:

A :

Signature التوقيع

24/24

24

تمت معالجة المعطيات الخاصة طبقا للمقتضيات القانون 08-09 المتعلقة بحماية الأشخاص الذاتيين انتاجا معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.
الذين امضوا بحضورنا بعد التعرف على هويتهم
أعضاء في: 12 فبراير 2024
النائب الثالث للرئيس

Les traitements des données individuelles sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تمت معالجة المعطيات الخاصة طبقا للمقتضيات القانون 08-09 المتعلقة بحماية الأشخاص الذاتيين انتاجا معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.

(*) : أو سند الإقامة بالنسبة للأجانب (بطاقة الإقامة أو بطاقة التسجيل)

(*) : ou le titre de séjour pour les étrangers (carte de résidence ou carte d'immatriculation)

File 5201

 <p>الضمان الاجتماعي +اله08+ +اله08+ CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>شهادة Attestation</p> <p>Immatriculation <input type="checkbox"/> التـجـيـل</p> <p>Non Immatriculation <input checked="" type="checkbox"/> عدم التـجـيـل</p>	<p>قطب المقارلات Pole Entreprise</p> <p>مديرية المنخرطين Direction des Affiliés</p>
<p>Attestation n° : 2024700000233 شهادة رقم :</p>		
<p>Le directeur Général de la Caisse National de Sécurité Sociale(1) يشهد المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي(1) أن :</p> <p>atteste que :</p>		
<p>Madame/Monsieur :</p>	<p>SBEIT FATIMA</p>	<p>الـيـد (ة)</p>
<p>Né (e) le :</p>	<p>01/05/1950</p>	<p>المزاد (ة) بتاريخ:</p>
<p>Titulaire de la CNI N° (2) :</p>	<p>B681170</p>	<p>الحامل (ة) للبطاقة الوطنية للتعرف رقم (2)</p>
<p>Est immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (3) sous le N° :</p>		
<p>N'est pas immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale</p>		
<p>غير مـجـل (ة) بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي</p>		
<p>La présente attestation est délivrée à l'intéressé(e), sur sa demande, pour Servir et valoir ce que de droit.</p>		
<p>" Sous réserve de toute erreur ou omission et toutes modifications opérées Ultérieurement à l'occasion des vérifications ou contrôles de conformité Effectués par les services de la CNSS, selon la réglementation et les Procédures en vigueur "</p>		
<p>و قد لـمـت هذه الشهادة، للمعني (ة) بالأمر بناء على طلبه (ها) قصد الإدلاء بها عند الاقتضاء.</p>		
<p>"مع جميع التـقـاطعات المتعلقة بالخطأ أو التـجـاـنـب أو التـعـلـيـلـات التي يمكن إجراؤها لـا قـا في إطار عمليات المراجعة أو المراقبة التي تقوم بها مصالح الضمان الاجتماعي وفقا للقوانين و المـأـطـر المعمول بها"</p>		
<p>Attestation émise par : شهادة لـمـت من طرف:</p> <p>.....Agence Berrchid.....</p> <p>Le : 06/02/2024 في:</p>	<p>Signature et cachet : توقيع وختم :</p>  <p>Mme Amal KHALDI Chef d'Agence 1ère Cat. Berrchid CNSS Direction Régionale SETTAT</p>	
<p>(1) Ou la personne déléguée par lui</p> <p>(2) Ou N° Passeport /N° Carte Résidence pour les étrangers</p> <p>(3)-conformément aux dispositions du dahir portant loi n°1.72.184du 27/07/1972 relatif au régime de sécurité sociale tel qu'il a été modifié et complété et des textes réglementaires pris pour son application.</p> <p>conformément aux dispositions du dahir n°1-02-296 du 25 rejeb 1423(3 octobre 2002) promulguant la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base tel qu'il a été modifié et complété et des textes réglementaires pris pour son application.</p> <p>Les traitements des données individuelles sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.</p> <p>Pour consulter les informations sus visées, veuillez contacter le centre d'appel ALLO DAMANE au numéro 0802033333/0802007200</p>	<p>(1) أو من يفوض له بذلك</p> <p>(2) أو رقم جواز التـجـاـنـب أو رقم بطاقة الإقامة بالتـجـاـنـب للأجانب</p> <p>(3) طبقا لمقتضيات الظهير رقم 1-72-184 المؤرخ في 15 جمادى الثانية 1392 الموافق 2 يوليوز 1972 المتعلق بنظام الضمان الاجتماعي كما تم تعديله و تنميته وكذا النصوص متخذة لتطبيقه.</p> <p>طبقا لمقتضيات الظهير رقم 02-1-296 الصادر في 25 رجب 1423 (3 أكتوبر 2002) نفيد القانون رقم 65-00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الإلزامية كما تم تغييره و تنميته وكذا النصوص المتخذة لتطبيقه.</p> <p>م معالجة المعطيات الخاصة طبقا لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بـماية الأشخاص اتين اتجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.</p> <p>تتفق من المعلومات المذكورة أعلاه، المرج الإتصال بمركز الإتصال ألو الضمان على رقم 0802033333/0802007200</p>	

Réf.325-2-0

Indice de révision : 02-13.05.2016

Fax الفاكس

05 22 41 81 38

Tél الهاتف

05 22 33 62 07

Ville

BERRCHID

المدينة

Adresse

Bd Mohammed V, 14 et 15 lot al your

العنوان

Agence

BERRCHID