



الصندوق التعاوني الجزائري

CAISSE MUTUALISTE D'ALGERIE

N° _____

Approuvé par arrêté n° 359 du 16 10 69 du ministère du travail et des affaires sociales

<u>Alger</u>	<u>Oran</u>	<u>Annaba</u>	<u>Constantine</u>
07, rue colonel Mohamed Chaâbani Alger.	12, Boulevard Tripoli Oran	Rue Salvador Allende Sontons II n° A3 et B3 Annaba	03, rue Kaddour Boumedous Constantine
TéI : 044 19 03 94 Fax : 044 19 03 94	TéI : 041 39 93 03 Fax : 041 39 7 08	TéI : 038 86 76 49 Fax : 038 86 77 62	TéI : 031 93 67 69 Fax : 031 93 78 21
Site web : www.cma.dz / Email : contact apcma.dz			

Bulletin d'Adhésion

استمارة انخراط

Nom : _____ : اللقب :
Nom de jeune fille : _____ : اللقب الأصلي للزوجة :
Prénom : _____ : الاسم :
Né(e) le : _____ : تاريخ الميلاد :
Lieu de naissance : _____ : مكان الميلاد :
Demeurant : _____ : العنوان :
Fonction : _____ : المهنة :
L'employeur : _____ : المؤسسة المستخدمة :
N° sécurité sociale : _____ : رقم الضمان الاجتماعي :
N° CCP : _____ : رقم الحساب الجاري :
Situation familiale : _____ : الوضعية العائلية :
Nom & prénom du conjoint : _____ : اسم و لقب الزوج(ة) :

Personnes à charge

الأشخاص تحت الكفالة

Prénom	إسم	Date de naissance	Prénom	إسم	Date de naissance

Je soussigné
Demande librement et volontairement mon
adhésion à la CMA et autorise mon employeur
de retenir sur mon traitement mensuel le
montant de la cotisation réglementaire.

أنا الممضي أسفله
أطلب انخراطي في الصندوق التعاوني الجزائري
و أسمح للإدارة أن تقتطع من مرتبي الشهري
المبلغ القانوني للاشتراك.

Et m'engage à ne pas demander une radiation pour
la période déclarée à la CNAS (donc j'attendrai la
date d'expiration de mes droits de la carte chifa

وأتعهد بعدم طلب الإلغاء للفترة المعلنة لدى
لذلك سأنتظر تاريخ انتهاء حقوق بطاقة الشفاء الخاصة بي

Fait à..... le.....

حرر ب..... في.....

Signature de l'adhérent

Cachet de l'employeur

Visa de la CMA