

INSS
INSTITUT NATIONAL
DE SECURITE SOCIALE

B.P 1600 BUJUMBURA

CADRE DE L'INSS
N° d'enregistrement :
Date de réception :

AFFILIE

ASSURANCE VOLONTAIRE

MOD A.V

N° IMMATRICULATION :

Nom :

RUE :

BP :

TEL :

CODE A.V

L'affilié volontaire est prié de faire connaître d'urgence à l'Institut toute modification qui devrait être apportée à l'adresse telle qu'elle figure ci-dessus

DECLARATION DE VERSEMENT

POUR LE MOIS DE **20**

A envoyer en double exemplaire à l'INSS B.P 1600 BUJUMBURA au plus tard le 15 du mois qui suit la date de l'échéance

Montant des revenus soumis à
cotisation par mois pour l'année 20

CALCUL DES COTISATIONS :

TAUX :

Montant des cotisations :

Montant des revenus mensuels

x 10 % =

Le montant des cotisations (en lettres) :

a été versé le / /20

à la BRB N° 01104042397 . BANCOBU N° 002626201-01-06 . BCB N° 002000-68450-96
I.B.B. N° 701-00353201-47 . BGF N° 800-50-426-1-89 . FINBANK N° 10033366071
RNP N° ZA 0250 . B.B.C.I. N° 6010013/001 . C.R.D.B. N° 0-150800572800
K.C.B. N° 6600349085 . D.T.B. N° 120101198912016 . ECOBANK N° 38125002068
B.C.A.B. N° 20100237401-72

Je soussigné, (NOM, en lettres capitales) :

Prénom

certifie que les renseignements contenus dans la présente déclaration sont exacts et complets

Fait en double exemplaire à

(signature)