

ROYAUME DU MAROC  
CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE  
**DEMANDE DE MODIFICATION  
DES INFORMATIONS RELATIVES  
À L'AFFILIE**



المملكة المغربية  
الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي  
**طلب تصحيح  
بيانات المنخرط**

0-322-1-05

Identifiant (avant modification) \_\_\_\_\_  
N° AFFILIATION \_\_\_\_\_  
Nom ou Raison Sociale \_\_\_\_\_ اسم المشغل أو الشركة

RESERVE A LA CNSS  
خلص بالصور مرفوح  
Date prise d'effet \_\_\_\_\_

Modification à porter  
**NATURE DE L'OPERATION**  
CHANGEMENT: - Forme juridique  - Activité  - Nom ou raison sociale   
- Adresse  - Representant  - Identification bancaire   
Cessation d'activité   
Reprise de l'activité   
forme Juridique \_\_\_\_\_ الشكل القانوني  
Nom ou raison sociale \_\_\_\_\_ اسم المشغل أو الشركة  
Activité Principale de l'entreprise \_\_\_\_\_ النشاط الرئيسي للمقاول

N° bon enquête \_\_\_\_\_  
Date bon enquête \_\_\_\_\_  
Code activité \_\_\_\_\_  
contrôleur \_\_\_\_\_

Adresse du siège ( ou du local ) \_\_\_\_\_ عنوان المقر الاجتماعي  
Commune \_\_\_\_\_ الجماعة  
Ville \_\_\_\_\_ المدينة Code postal البريدي \_\_\_\_\_ الرمز البريدي  
Banque de l'entreprise \_\_\_\_\_ بنك المشغل Agence bancaire \_\_\_\_\_ الوكالة البنكية  
N° compte \_\_\_\_\_ رقم الحساب

**AGENCE**  
Etablie le \_\_\_\_\_  
Vérifiée per Transmise à la DR le \_\_\_\_\_  
VISA \_\_\_\_\_

Nom du responsable \_\_\_\_\_ اسم المسؤول Prénom \_\_\_\_\_ الاسم الشخصي  
N° CIN \_\_\_\_\_ رقم بطاقة التعريف Date Neissance تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_ Quality \_\_\_\_\_ الصفة القانونية  
Adresse Personnelle \_\_\_\_\_ العنوان الشخصي  
Commune \_\_\_\_\_ الجماعة  
Ville \_\_\_\_\_ المدينة Code postal البريدي \_\_\_\_\_ الرمز البريدي

**DIRECTION REGIONALE**  
Reçue le \_\_\_\_\_  
Vérifiée le : \_\_\_\_\_  
Transmise à la DMG le : \_\_\_\_\_  
VISA \_\_\_\_\_

Je certifie exactes les informations ci-dessus  
Feit à .....le  
Signature et cachet de l'employeur

أصح بصحة المعلومات الواردة أعلاه  
هر ..... بتاريخ  
إمضاء وختم المشغل