



# CAISSE NATIONALE DE SECURITÉ SOCIALE DU BURKINA

## DIRECTIONS REGIONALES

01 B.P. 562  
OUAGADOUGOU  
Tél. : 50 30 60 78/81

01 B.P. 215  
BOBO-DIOULASSO  
Tél. : 20 97 11 62/63

01 B.P. 12  
OUAHIGOUYA  
Tél. : 40 55 02 16  
40 55 04 91

01 B.P. 103  
FADA N'GOURMA  
Tél. : 40 77 01 13  
40 77 01 66

01 B.P. 40  
DEDOUGOU  
Tél. : 20 52 00 31  
20 52 01 85

## DEMANDE D'IMMATRICULATION D'UN EMPLOYEUR

Réservé à la C.N.S.S.

N° EMP :

### I- IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom ou Raison Sociale

Sigle employeur

Numéro Registre de Commerce

Numéro Contribuable

Date de création

Date d'embauche 1<sup>er</sup> salaire

Banque

Numéro compte bancaire

Numéro compte CCP

Réservé à la C.N.S.S.

Code banque

Code banque succursale

Date d'immatriculation

### II- SITUATION GEOGRAPHIE

Adresse postale

E-mail : .....

Province  Département

Secteur  Quartier

Numéro de rue  Nom de rue

Numéro de lot  Nom de l'immeuble

Numéro étage  Numéro porte  Tél  Fax

Numéro parcelle  Numéro section  Cel:

Réservé à la C.N.S.S.

Type

Code géographique

Code D.R.

Code sous-activité

### III- DIVERS

Description des activités .....

.....

.....

Activité principale

Activité secondaire

#### 1) BRANCHES D'ACTIVITES

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agriculture et pêche                 | <input type="checkbox"/> Industries extractives                          | <input type="checkbox"/> Industries manufacturières           |
| <input type="checkbox"/> Électricité - eaux - gaz             | <input type="checkbox"/> Bâtiment et T.P                                 | <input type="checkbox"/> Commerce                             |
| <input type="checkbox"/> Transport - entrepôt - Communication | <input type="checkbox"/> Banque - Assurances Sces rendus aux Entreprises | <input type="checkbox"/> Sces rendus - collectives et ménages |
| <input type="checkbox"/> Activités mal désignées              |  |   |

SIEGE ou MAISON MERE : .....

## 2) FORME JURIDIQUE

(1) Entreprise individuelle

### - ADMINISTRATIONS :

(1) Etat  Collectivité publique  Etablissement public

Société d'Etat  Société d'économie mixte

### - SOCIETES COMMERCIALES :

(1) S.A.R.L.  Anonyme  Succursale d'une multinationale

### - AUTRES SOCIETES :

Coopérative  Syndicat  Association  Autre

## 3) TAILLE DE L'ENTREPRISE

Nombre de salariés .....

Total salaires (y compris indemnités et avantages en nature) : .....

**N.B. (1) :** Cocher la case correspondante

Certifié exact

A

, le

Nom et Prénom (s)

Signature et cachet de l'employeur

**Article 7 & 1 de la loi n° 15-2006 /AN du 11 mai 2006 :** " Est obligatoirement affilié, en qualité d'employeur à l'établissement public de prévoyance sociale chargé de gérer le régime institué par la présente loi, toute personne physique ou morale, publique ou privée, qui emploie au moins un travailleur salarié au sens de l'article 3 de la présente loi ".