

## MOD. AE : DEMANDE D’AFFILIATION DE L’EMPLOYEUR

### I. IDENTIFICATION DE L’EMPLOYEUR

1. DENOMINATION OU RAISON SOCIALE : .....
2. ABREVIATION : .....
3. NOM DE L’EMPLOYEUR (Personne physique) : .....
4. AVENUE/RUE : .....
5. QUARTIER/SECTEUR : .....
6. COMMUNE/TERRITOIRE : .....
7. VILLE : .....
8. PROVINCE : .....
9. N° TELEPHONE : ..... FAX : .....
10. NOM(S) DE(S) L’EMPLOYEUR(S) CEDANT(S) : .....
11. N° D’AFFILIATION DE(S) L’EMPLOYEUR(S) CEDANT(S)/FUSIONNE(S) : .....
12. DATE DE REPRISE : .....
13. BOITE POSTALE : .....
14. FORME JURIDIQUE : S.A.R.L.  S.A.  A.S.B.L.  ETS.  AUTRES .....
15. N°RCCM : ..... DELIVRE A ..... LE ...../...../20.....
16. REF. ARRETE D’AGREMENT (ONG) : .....
17. REF. ACTE DE CREATION (POUR LES AUTRES) : .....
18. SIEGE SOCIAL : .....
19. NOMBRE DE SIEGES D’EXPLOITATION :
20. ADRESSE(S) DU (DES) SIEGE(S) D’EXPLOITATION : .....
21. ADRESSE E-MAIL : .....@.....
22. SITE INTERNET : .....

### II. ACTIVITES

1. ACTIVITE PRINCIPALE : .....
2. ACTIVITE SECONDAIRE : .....
3. DATE DE DEBUT DE L’ACTIVITE : .....

### III. EMPLOI

1. DATE DU DEBUT D’EMPLOI DU PERSONNEL/TRAVAILLEURS ASSIMILES : .....
2. NOMBRE DE TRAVAILLEURS : .....
3. NOMBRE DE TRAVAILLEURS ASSIMILES : .....

### IV. REMUNERATION

1. MONTANT TOTAL DES REMUNERATIONS MENSUELLES BRUTES DES TRAVAILLEURS : .....
2. MONTANT TOTAL DES REVENUS MENSUELS BRUTS DES TRAVAILLEURS ASSIMILES : .....
3. TOTAL MENSUEL DES REMUNERATIONS SOUMISES A COTISATIONS : .....

Fait à ....., le .....20.....

**NUMERO D’AFFILIATION ATTRIBUE :**

I	II	III
---	----	-----

**NOM, SIGNATURE ET  
SCEAU DE  
L’EMPLOYEUR OU  
SON DELEGUE**

**NB** : - Remplir en 3 exemplaires ;  
 - Joindre les copies RCCM, ID.NAT, les Statuts et le permis d’exploitation ;  
 - Joindre les copies **Mod. AE** des entreprises cédées ou fusionnées.