



DEMANDE DE REOUVERTURE D’AFFILIATION SUSPENDUE

Direction des Affiliés

Numéro d’affiliation

Réf . : 321-1-09

Direction Régionale : Agence :

A renseigner par le demandeur

Nom ou raison sociale :

Activité :

Adresse :

.....

Commune : ville :

N° Patente : N° du R C : Identifiant fiscal :

Numéro de téléphone: Numéro de Fax :

e-mail :

Nom et prénom du responsable de l’entreprise :

N° de la CIN : Date de naissance :

Cadre réservé à la CNSS

En cas de réouverture demandée par le contrôleur

Nom et prénom du contrôleur :

Matricule : N° de l’ordre de mission:

Date de l’ordre de mission:

**Date de prise d’effet de la
réouverture (*)**

Le :/...../.....

Cachet et signature du demandeur

Le :/...../.....

Cachet et signature de la hiérarchie

Le :/...../.....

✂.....

Coupon à détacher et à remettre au demandeur

Accusé de réception de la demande de réouverture d’affiliation suspendue.

Nom ou raison sociale :

.....

N° d’affiliation :

Date de dépôt :/...../.....

Visa et cachet de l’agence

Le :/...../.....

(*) Cette date doit correspondre à la date de suspension d’affiliation sauf en cas de demande de report justifié par des documents probants.