

INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA REPUBLIQUE DU MALI

B.P. 53 - BAMAKO - Tél: 21 25 54 • / 21 60 30 • Fax : (223) 21 47 31

CERTIFICAT D'EMPLOI ET DE SALAIRES

JE SOUSSIGNÉ agissant au nom de l'entreprise ci-après
.....
.....

Numéro d'affiliation à l'I.N.P.S.

DECLARE que M a travaillé dans l'entreprise :

du	au	en qualité de	et a cessé son activité par suite de (1)

(1) Préciser : licenciement, démission, appel sous les drapeaux, accident de travail, invalidité au moins égale à 2/3, retraite, etc...

CERTIFIE que les salaires bruts qui lui ont été versés pour ses 60 derniers mois avant la cessation de l'activité salariée.

ANNEE	PERIODE		SALAIRE	Cadre réservé à l'I.N.P.S
	du	au		
20				
20				
20				
20				
20				
20				

PRECISE que la période comprise entre le 1er janvier de l'année de cessation d'activité et la date de cessation, le montant global des cotisations qui sera versé à son nom

(par patronale + par personnelle) s'élève à

J'ATTESTE que les renseignements fournis dans le présent certificat sont exacts et conformes aux écritures et documents d'archives de l'entreprise.

Cachet de l'Entreprise

Fait à le
Signature