Caisse Malienne de Sécurité Sociale

Servir et Accompagner

DEMANDE DE VALIDATION

SERVICES AUXILIAIRES

Je Soussigné (e): . . . . . .

Né le : . . . . . .

Adresse : . . . . . .

. . . . . .

Tel : . . . . . .

Réf. Arrêté Intégration	Réf. Arrêté de Titularisation	Réf. Arrêté de radiation des effectifs	Réf. Pièces d'Identité

Fait à .....le.....

Signature ou empreinte de l'intéressé (e)

ACI 2000 Bamako
BP 484 - Fax : 20 29 62 98
Tél : 20 29 30 46 / 20 29 27 06
Site web: www.cmssmali.ml