

N° opération

--	--	--	--

MEME AGENCE

DEPLACE

Nom de l'agence du Versement

Code Agence

--	--	--	--	--	--

ARIARY

DEVISI CODE DE DEVISE

--	--	--

Nom du déposant (si différent du bénéficiaire)

Adresse

Nom du bénéficiaire

N° de compte à créditer

Clé RIB

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

Nom de l'agence du compte du bénéficiaire

Code Agence

--	--	--	--	--	--

Motifs (obligatoires) :

Matricule CNAPS

Période de cotisation

Nom du cotisant

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date

--	--

--	--

--	--	--	--	--	--

Sous réserve de débit ferme en cas de constatation de faux billet en application des dispositions légales

Signature du déposant

Signature du caissier

Coupure	Nombre	Montant
Ar 20 000		
Ar 10 000		
Ar 5 000		
Ar 2 000		
Ar 1 000		
Ar 500		
Ar 200		
Ar 100		
Ar 50		
Ar 20		
Ar 10		
Ar 5		
Ar 4		
Ar 2		
Ar 1		
Ar 0,4		
Ar 0,2		
Montant Total		
Total général (réservé à la Banque)		

Coupure	Nombre	Montant
Montant Total		
Total général (réservé à la Banque)		