



في .....

LR/AR

المكتب الجهوي أو المحلي

ب .....

العنوان : .....

وحدة المراقبة / إنخراط عدد : .....

**إلى السيد**

.....

.....

**الموضوع:** إنذار بوجوب تعديل وضعيتكم بعنوان مساهمات تكميلية .

\* \* \*

تبعاً لموافقتكم على نتائج عملية مراقبة أجريت على تصاريحكم بالأجور و التي شملت المدة المتراوحة من ..... إلى .....، يشرفني دعوتكم لتسديد مبلغ المساهمات التكميلية الواجب دفعها و التي حددت بمقدره ..... ديناراً عدا خطايا التأخير ، لذا فإنكم مدعوون لتسوية وضعيتكم إزاء الصندوق في أقرب الآجال .

و في صورة عدم القيام بهذا الإجراء خلال الخمسة عشر يوماً من تاريخ إرسال هذا الإنذار فإنه توظف عليكم حتماً المبالغ المطلوبة عملاً بالأحكام الواردة بالباب الأول من العنوان الثالث من القانون عدد 30 لسنة 1960 المؤرخ في 14 ديسمبر 1960 .

إسم ولقب رئيس المكتب

الإمضاء

( ختم الإدارة )