|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Raison Sociale :**  **Adresse :**  **N°EMPLOYEUR** :  **DATE DE NAISSANCE** **:** 12/03/1996  **SITUATION FAM :** Celibataire  **N° ENFANT :** 0  **N° ENFANT +10 ans :** 0  **DATE ENTRÉE :**30/02/2015  **N° SS**: 564654654  **N° COMPTE :** 415846465/44 | | | | **BULLETIN DE PAIE**  **ANNEE :** 2025  **MOIS :** Janvier | |
| **NOM ET PRENOM** : Mohamed  **MATRICULE**: 00144  **FONCTION** : Médecin dentiste inspecteur  **JOUR.TRAV**: 30 | | | | | |
| **LIBELLE INDEMNITE** | **BASE** | **NOMBRE/TAUX** | **GAINS** | | **RETENUES** |
| indemnité de qualification  indemnité d'inspection et de contôle | 43290  43290 | 65%  55% | 28138.5  23809.5 | |  |
| indemnité de documentation | 5000 | 100% | 5000.0 | |  |
| ALLOCATIONS FAM  RETENUE CSS    IRG | 101738.0  92581.58 | 9% | 0 | | 9156.42  17674.0 |
| **TOTAL :** 101738.0 | | | | | 26830.42 |
| **NET A PAYER:** 74907.58 | | | | | |