

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

PERSONNES DEMANDANT À BÉNÉFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DÉCLARANT

Suite sur intercalaire(s) P0'

12 bis **RÉGIME SOCIAL ET FISCAL DU MICRO-ENTREPRENEUR**
Option régime micro-social simplifié ☐ oui ☐ non (Vous ne pouvez bénéficier de ce régime que si vous choisissez le régime micro fiscal – option réservée aux personnes physiques)
 Vous avez opté pour le régime micro-social simplifié, choix du versement des cotisations ☐ trimestriel ☐ mensuel
☐ **Régime spécial bénéfices Non Commerciaux (micro fiscal)** ☐ Option versement libératoire (vous ne pouvez bénéficier de cette option que si vous relevez du régime micro fiscal et du régime micro-social)

13 **Bénéfices Non Commerciaux (BNC) :** ☐ Régime spécial B.N.C (micro fiscal) ☐ Déclaration contrôlée, dans ce cas ☐ Option pour la tenue d'une comptabilité créances/dettes

T.V.A : ☐ Franchise en base ☐ Réel simplifié ☐ Réel normal ☐ Option pour le dépôt de déclarations trimestrielles si TVA estimée inférieure à un plafond de 4000 € / an

14 OBSERVATIONS :

16 ☐ Je demande à ce que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ou utilisées par des tiers (cf. notice).

17 LE DECLARANT OU LE REPRESENTANT LEGAL affirme exercer sa profession dans les conditions prévues aux articles L.134-1 et suivants du code de commerce.

☐ **LE DECLARANT** (désigné au cadre 2)

☐ **LE REPRESENTANT LEGAL** OU ☐ **LE MANDATAIRE**

Nom, prénom / dénomination et adresse

Déclaration N°.....

SIGNATURE

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE AGENT COMMERCIAL

RESERVE AU CFE GUID B F K T

Déclaration n°.....
Reçue le.....
Transmise le.....

■ PERSONNE PHYSIQUE

■ Vous optez pour le régime micro-entrepreneur

■ PERSONNE MORALE

Complément au M0 de constitution de la société

POUR FACILITER VOTRE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A LA NOTICE. Remplir obligatoirement pour :
PERSONNE PHYSIQUE les cadres N° 1, 2, 9, 10, 12, 13, 15, 17, le cas échéant N° 3, 4, 5, 5 B, 6, 11, 14, 16.
REGIME MICRO-ENTREPRENEUR les cadres N° 1, 2, 9, 12, 12 bis, 15, 17, éventuellement les autres cadres sauf les N° 7 et 8.
PERSONNE MORALE les cadres N° 7, 8, 9, 10, 15, 17, le cas échéant N° 11, 14.

DECLARATION RELATIVE A L AGENT COMMERCIAL PERSONNE PHYSIQUE

1	Avez-vous déjà exercé une activité non salariée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification _ _ _ _ _ _ _	
2	NOM DE NAISSANCE Nom d'usage..... Prénoms Nationalité Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Né(e) le _ _ _ _ _ _ _ Dépt. _ _ Commune / Pays si à l'étranger..... Domicile personnel : rés., bât., n°, voie, lieu-dit Code postal _ _ _ _ Commune / Pays si à l'étranger.....	4 CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT MARIÉ OU LE PARTENAIRE LIÉ PAR UN PACS TRAVAILLANT RÉGULIÈREMENT DANS L'ENTREPRISE <input type="checkbox"/> Conjoint ou pacsé COLLABORATEUR (préciser pour celui-ci) <input type="checkbox"/> Conjoint ou pacsé SALARIE Nom de naissance..... Nom d'usage..... Prénoms..... Né(e) le _ _ _ _ _ _ _ Dépt. _ _ Commune / Pays..... 5 DECLARATION RELATIVE A L'INSAISSABILITE DE BIEN(S) FONCIER(S) <input type="checkbox"/> RENONCIATION à l'insaisissabilité de droit de la résidence principale publiée au service de publicité foncière ou livre foncier de <input type="checkbox"/> DECLARATION(S) d'insaisissabilité de bien(s) foncier(s) autre(s) que la résidence principale publiée(s) au(x) service(s) de publicité foncière ou livre(s) foncier(s) de..... 5B ENTREPRENEUR INDIVIDUEL A RESPONSABILITE LIMITEE (EIRL) <input type="checkbox"/> Déclaration initiale d'affectation de patrimoine ou reprise d'un patrimoine affecté : Vous devez remplir l'intercalaire PEIRL PL /AC 6 <input type="checkbox"/> CONTRAT D'APPUI Date de fin de contrat _ _ _ _ _ _ _ N° unique d'identification, dénomination et adresse de la personne responsable de l'appui sur intercalaire P0' cadre 5.

DECLARATION RELATIVE A L AGENT COMMERCIAL PERSONNE MORALE

7	DENOMINATION SIGLE..... Numéro unique d'identification _ _ _ _ _ _ _ ADRESSE DU SIEGE (Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit) Code postal _ _ _ _ Commune.....	8 FORME JURIDIQUE
---	--	--------------------------------

DECLARATION RELATIVE A L ACTIVITE

9	DATE DE DEBUT D' ACTIVITE _ _ _ _ _ _ _ Secteur(s) d'activité(s) concerné(s) Préciser le secteur le plus important.....	11 SI VOUS EXERCEZ VOTRE ACTIVITE A UNE ADRESSE PROFESSIONNELLE préciser celle-ci : Rés., bât., app., étage, N°, voie, lieu-dit Code postal _ _ _ _ Commune
---	--	--

10

DECLARATION SOCIALE
Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

12

12
bis

OPTION(S) FISCALE(S) HORS EIRL

13

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

14

OBSERVATIONS :

15

ADRESSE de correspondance ☐ Déclarée au cadre n° ---- ☐ Autre : Tél.....Tél.....
..... Code postal I _ _ I _ _ I Commune..... Télécopie / courriel.....

16

☐ Je demande à ce que les informations enregistrées dans le répertoire Sirene ne puissent pas être consultées ou utilisées par des tiers (*cf. notice*).

**Le présent document constitue déclaration au registre spécial des agents commerciaux, à l'INSEE, aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale et, s'il y a lieu, à l'inspection du travail.
La déclaration sur l'honneur est définie par la loi. Si vous remplissez délibérément cette déclaration de manière inexacte ou incomplète, vous vous exposez à des poursuites.**

17

LE DECLARANT OU LE REPRESENTANT LEGAL affirme exercer sa profession dans les conditions prévues aux articles L.134-1 et suivants du code de commerce.

☐ **LE DECLARANT** (désigné au cadre 2)

☐ **LE REPRESENTANT LEGAL OU** ☐ **LE MANDATAIRE**

Nom, prénom / dénomination et adresse

Certifie l'exactitude des renseignements donnés

Fait à.....

Le

Intercalaire PEIRL ☐ oui ☐ non

Intercalaire ACCRE ☐ oui ☐ non

Nombre d'intercalaire(s) ...

Déclaration N°.....

SIGNATURE